

Verkenning Discriminatie en racisme in de zorg



Colofon

Auteurs: Mariam Badou, Mellouki Cadat-Lampe, Hanneke Felten,
Koen Kros, Ruth Yohannes, Charifa Zemouri & Onno de Zwart
(op alfabetische volgorde)

Redactie: Joke Martens

Foto omslag: Ania (Adobe Stock)

April 2023

© Movisie

Movisie en het Verwey-Jonker Instituut in opdracht van de
Staatscommissie tegen Discriminatie en Racisme



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

VERWEY-Instituut
JONKER

Movisie: kennis en aanpak van sociale vraagstukken

Movisie is hét landelijk kennisinstituut voor een samenhangende aanpak van sociale vraagstukken. Samen met de praktijk ontwikkelen we kennis over wat echt goed werkt en passen we die kennis toe. De unieke rol van Movisie is het versnellen van leerprocessen. We zijn alleen tevreden als we een duurzame positieve verandering voor mensen in een kwetsbare positie realiseren. Kijk voor meer informatie op www.movisie.nl.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	5
Aanleiding	5
Het onderzoek	5
Discriminatie in de jeugdzorg	6
Aanbevelingen	6
Discriminatie van zorgprofessionals door patiënten/cliënten	7
Aanbevelingen	7
1 Inleiding	9
Context en relevantie van het domein zorg als discriminatieterrein in Nederland	10
Deelvragen onderzoek	11
Onderzoeksmethode	11
Opzet van het rapport	14
2 Discriminatieproblemen in de zorg	15
2.1 Discriminatiegrond etniciteit	15
2.2 Discriminatiegrond handicap	18
2.3 Discriminatiegrond geslacht	19
Discriminatie van vrouwen in de zorg	19
Discriminatie van intersekse personen in de zorg	20
Discriminatie van transgender personen in de zorg	20
2.4 Discriminatiegrond seksuele gerichtheid	20
2.5 Verschillende discriminatiegronden	21
2.6 Tussenconclusie	21
2.7 Selectie van de twee geselecteerde discriminatie-problemen	22
3 Discriminatie in de jeugdzorg	24
3.1 Probleembeschrijving	25
3.1.1 Aard van het probleem	25
Omvang van het probleem	29
3.2 Mechanismen en maatregelen	32
3.2.1 Mechanismen die het probleem in stand houden	32
3.2.2 Maatregelen om de discriminatieproblematiek aan te pakken	39
3.3 Handhaving, rechtsbescherming, beleid en wetgeving door de nationale overheid	47
3.4 Deelconclusie en aanbevelingen	48

4	Discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten	51
4.1	Probleembeschrijving	51
4.1.1	Aard van het probleem	51
4.1.2	Prevalentie discriminatie	52
4.2	Mechanismen en maatregelen	54
4.2.1	Mechanismen	54
4.2.2	Maatregelen	61
4.3	Handhaving, rechtsbescherming, beleid en wetgeving	65
4.3	Deelconclusie en aanbevelingen	66
5	Conclusie	69
	Bronnenlijst	71

SAMENVATTING

AANLEIDING

In het allereerste artikel van de Nederlandse grondwet staat dat discriminatie op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, 'ras'¹, geslacht of welke andere grond dan ook, niet is toegestaan. In het regeerakkoord staat vermeld dat dit artikel wordt uitgebreid met seksuele gerichtheid en handicap. Het verbod op discriminatie is dus een belangrijk principe in de Nederlandse samenleving. Toch komt discriminatie nog veel voor. Ruim 1 op de 10 Nederlanders van 15 jaar of ouder geeft aan in 2021 discriminatie te hebben ervaren. Dit gaat om ruim 1,6 miljoen mensen (CBS, 2022).

In 2022 is er een Staatscommissie tegen Discriminatie en Racisme van start gegaan. Deze staatscommissie heeft een interdisciplinair, wetenschappelijk profiel. Zij zal zich richten op omvangrijk, lange termijn onderzoek naar fundamentele vraagstukken om nieuwe wetenschappelijke inzichten te verschaffen. Een van de onderzoeken waarop de Staatscommissie wil voortborduren, is het recent verschenen rapport 'Gelijk recht doen': een parlementair onderzoek naar de mogelijkheden van de wetgever om discriminatie tegen te gaan van de Parlementaire onderzoekscommissie Effectiviteit antidiscriminatiewetgeving van de Eerste Kamer (POC). Aanleiding voor dit onderzoek was de constatering in de Eerste Kamer dat er een kloof bestaat tussen de wet en de praktijk en dat er behoefte is aan onderzoek naar de (in)effectiviteit van anti-discriminatiewetgeving. Voor het dit jaar verschenen rapport zijn vier sectoren onderzocht: de arbeidsmarkt, het onderwijs, de sociale zekerheid en de politie. Over deze vier sectoren zijn vier deelrapporten gepubliceerd.

De woningmarkt, de zorg en sport & cultuur zijn niet behandeld in de POC onderzoeken. Daarom heeft de Staatscommissie drie opdrachten tot onderzoek naar deze sectoren uitgezet, die in lijn zijn met de methodiek van de onderzoeken van de POC. Het doel van de staatscommissie is hiermee een evenwichtige kennisbasis creëren en een breder en beter vergelijkbaar beeld krijgen van de stand van discriminatie en racisme in verschillende maatschappelijke sectoren. Dit onderzoek voldoet aan deze wens en is gericht op de zorgsector.

HET ONDERZOEK

Het onderzoek is gebaseerd op literatuur- en documentanalyse en interviews met respondenten. Eerst is er geïnterviewd welke discriminatieproblemen binnen het domein zorg bekend zijn. Aan de hand van vooraf bepaalde criteria zijn uit de geïnterviewde discriminatieproblemen twee problemen geselecteerd voor nader onderzoek. Deze twee geïnterviewde discriminatieproblemen voor zorg zijn: discriminatie in de jeugdzorg op basis van etniciteit/'ras' en discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten. Vervolgens

¹ De term 'ras' wordt gebruikt in de wet, maar het is een incorrecte veronderstelling dat er verschillende menselijke rassen zouden bestaan (zie onder andere Mukhopadhyay, Henze & Moses, 2013). We spreken daarom, naar gelang de context, over huidskleur, afkomst of etniciteit.

is er per discriminatieprobleem een literatuurstudie uitgevoerd en zijn er interviews met respondenten afgenomen. Hiermee zijn de aard en omvang van de discriminatieproblemen verkend, zijn mechanismen die de problemen veroorzaken en in stand houden in kaart gebracht en zijn maatregelen die oplossingen kunnen bieden, verzameld. Hieruit volgen verschillende aanknopingspunten en algemene lessen voor diverse partijen.

DISCRIMINATIE IN DE JEUGDZORG

Wij concluderen op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de interviews met respondenten dat:

- Discriminatie op basis van etniciteit/'ras' op verschillende manieren voorkomt in de jeugdzorg.
- Het gaat om discriminatie in de interpersoonlijke communicatie (van de professionals naar de cliënt, van de cliënt naar de professional, tussen cliënten onderling en tussen professionals onderling) en op institutioneel niveau. Bij dit laatste gaat het om de over- en ondervertegenwoordiging van etnische groepen jeugdigen in bepaalde segmenten van de jeugdzorg en het hanteren van een 'witte norm' in de jeugdzorg, zoals in de diagnose-instrumenten.
- Er zijn van bovenstaande vormen van discriminatie duidelijke signalen, maar vrijwel geen duidelijke cijfers.
- De mechanismen die ten grondslag liggen aan de discriminatie die wordt ervaren liggen voornamelijk in:
 - de negatieve vooroordelen en de stereotype beelden die er heersen over bepaalde groepen mensen;
 - een gebrek aan kennis over hoe om te gaan met mensen van verschillende culturen;
 - een gebrek aan een divers perspectief op bestuurlijk niveau en in beleid;
 - een gebrek aan een goed klimaat en geen goede voorwaarden om discriminatie aan te kaarten: professionals staan onder grote druk, er is veelal een ongelijke machtsverhouding tussen cliënt en professional, cliënten hebben weinig zeggenschap, er speelt geweld onder cliënten, goede kennis van tot waar de zorgplicht reikt, en ook zijn de meld- en klachtenprocedures niet altijd op orde;
 - etnische profilering door onder meer de politie.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van ons onderzoek bevelen we aan dat er in de gehele jeugdzorg meer aandacht komt voor antidiscriminatie, zoals in het beroepsprofiel, de richtlijnen en in de beroepscode en in de beroepsopleidingen. Onduidelijk is bijvoorbeeld nu nog in hoeverre toekomstige jeugdzorgmedewerkers worden opgeleid om zelf niet te discrimineren en discriminatie bij anderen te signaleren. Onderzoek hiernaar wordt aanbevolen. Ook het aanbod qua bij- en nascholing kan meer inzetten op antidiscriminatie. Er is wel een toenemend besef en aanbod van intercultureel- of diversiteitssensitief werken in de jeugdzorg. Hierin wordt echter het voorkomen en/of aanpakken van discriminatie lang niet altijd expliciet opgenomen. Daarnaast is onduidelijk wat precies het effect is van het aanbod rondom intercultureel- of diversiteitssensitief werken en in hoeverre de ontwikkelde tools op dit gebied geïmplementeerd zijn in de praktijk. Aanbevolen wordt om hier onderzoek naar te doen.

Verder is het belangrijk dat antidiscriminatie nadrukkelijk wordt opgenomen in het beleid van jeugdzorginstanties, zodat hierop gehandhaafd en gecontroleerd kan worden en deze instanties

verantwoording kunnen afleggen over de manier van werken. Aanbevolen wordt om jeugdzorgorganisaties te begeleiden in het ontwikkelen van dit beleid en te monitoren in hoeverre jeugdzorginstellingen hier daadwerkelijk mee aan de slag gaan. Ook is belangrijk dat er minder vanuit een eenzijdig perspectief wordt gekeken en gehandeld in de jeugdzorg. Een belangrijke stap hierin kan zijn meer mensen van kleur op beleidsbepalende functies te krijgen. Tevens is het van belang dat (mogelijk) gedupeerden van discriminatie beter worden ondersteund. Dit kan in de vorm van een beter aansluitend meld-/klachtenprocedure, maar ook door de zeggenschap van de jeugdigen te vergroten in de jeugdzorg en de weerbaarheid van jeugdigen te versterken in het omgaan met de discriminatie die zij tegenkomen. Ook dit zijn dus belangrijke aanbevelingen voor de toekomst om discriminatie in de jeugdzorg te voorkomen.

Tot slot is het uiterst belangrijk dat er onderzoek komt naar de prevalentie van discriminatie in de jeugdzorg want veel cijfers ontbreken nog. Hierdoor blijft onduidelijk hoe groot de omvang is van het probleem. Aanbevolen wordt daarom om dit in beeld te gaan brengen, zowel de interpersoonlijke discriminatie als de institutionele discriminatie. Door dit juist in kaart te brengen, ontstaat er mogelijk meer het gevoel van urgentie in de sector om hiermee aan de slag te gaan en kan er beter gemonitord worden of er verbetering optreedt.

DISCRIMINATIE VAN ZORGPROFESSIONALS DOOR PATIËNTEN/CLIËNTEN

Uit het flitsonderzoek blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten in Nederland, vooral in relatie tot etniciteit en religie. Eén kwantitatieve studie toont aan dat 19% van de respondenten geconfronteerd wordt met discriminatie, maar het is onduidelijk hoe representatief deze studie is. Buitenlands onderzoek wijst op vergelijkbare bevindingen en aangezien de zorgsector niet losstaat van de samenleving, kan worden aangenomen dat discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten een belangrijk probleem is. Er is weinig inzicht in de mate waarin discriminatie op basis van achtergrond en/of religie geregistreerd wordt, zowel binnen instellingen als breder. Discriminatie van hulpverleners wordt beïnvloed door algemene mechanismen en mechanismen die specifiek zijn voor de zorgsector, zoals de zorgplicht en het recht op vrije artskeuze. Daarnaast kunnen patiënten met aandoeningen zoals dementie onbedoeld discriminerend gedrag vertonen. Gebrek aan steun en bewustwording over het probleem kan het signaleren en aanpakken van discriminatie belemmeren en de negatieve impact ervan versterken.

Aanbevelingen

Het is belangrijk om betere registratievormen te ontwikkelen om inzicht te krijgen in de omvang van het probleem van discriminatie in de zorg, waarbij specifieke aandacht wordt besteed aan discriminatie naar achtergrond. Om hulpverleners te ondersteunen in het omgaan met discriminatie, is het noodzakelijk om beleid op te stellen en steun van leidinggevenden en collega's te bieden. Daarnaast is het essentieel om te investeren in opleiding en scholing, zodat hulpverleners discriminatie kunnen herkennen, grenzen kunnen stellen en op situaties kunnen reageren.

Gezien de druk op de zorgsector is het van groot belang om maximale steun te bieden aan zorgprofessionals die met discriminatie te maken hebben. Bij het ontwikkelen van passende maatregelen moet er aandacht worden besteed aan discriminatie door familie, vrienden en bezoekers van patiënten en cliënten. Verder is het cruciaal om duidelijk beleid en heldere normstelling op het gebied van discriminatie te ontwikkelen, waarbij de verantwoordelijkheid ligt bij de Rijksoverheid, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en instellingen.

Discriminatie moet bespreekbaar worden gemaakt en er moet worden gezorgd voor goede signalering, protocollen en meldingsmogelijkheden. Tot slot is het bevorderen van diversiteit en inclusie als randvoorwaarden om goede zorg te bieden en discriminatie tegen te gaan van groot belang. Meer aandacht voor dit thema in beroepsopleidingen, post-initieel onderwijs en trainingen is noodzakelijk om professionals beter uit te rusten in de strijd tegen discriminatie. Door te investeren in diversiteit en inclusie creëren we een betere werkomgeving voor alle hulpverleners en verbeteren we de zorgkwaliteit voor alle patiënten en cliënten, ongeacht hun achtergrond. Een integrale aanpak waarbij alle betrokken partijen samenwerken, is essentieel om discriminatie in de zorg effectief te bestrijden en te voorkomen.

1 INLEIDING

Auteurs: Koen Kros, Hanneke Felten & Mellouki Cadat-Lampe

In opdracht van de Staatscommissie tegen Discriminatie en Racisme voerde Movisie in samenwerking met het Verwey-Jonker Instituut deze verkenning uit over discriminatie in het domein zorg. Dit rapport sluit aan bij de eerder onderzoeksrapporten die zijn opgeleverd door de Parlementaire onderzoekscommissie effectiviteit antidiscriminatiewetgeving (POC). In deze rapporten staat centraal wat de wetgever kan doen om discriminatie tegen te gaan. Hierbij is gekeken naar zowel de oorzaken van, als de oplossingen voor de kloof tussen wetgeving op papier en in de praktijk als het gaat om discriminatie. Met dit doel is discriminatie eerder onderzocht in vier domeinen: de arbeidsmarkt, het onderwijs, de politie en de sociale zekerheid. Dit rapport voegt daar nog een domein aan toe: zorg. De inhoud en de aanbevelingen reflecteren de bevindingen en visie van de auteurs. Zij vallen niet onder de verantwoordelijkheid van de staatscommissie en representeren niet de opvattingen of aanbevelingen van de staatscommissie.

Definitie van discriminatie

“Discriminatie is ‘het nadelig behandelen van personen omdat zij behoren, of gerekend worden, tot een bepaalde groepering’ (Andriessen et al., 2010). In Nederland is discriminatie verboden. Discriminatie kan verschillende vormen aannemen: negatieve bejegening, ongelijke behandeling en zelfs vernieling, bedreiging of geweld (Andriessen, 2017). Er is sprake van discriminatie wanneer je anders wordt behandeld vanwege je godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ‘ras’ (afkomst meestal genoemd), geslacht, nationaliteit, seksuele gerichtheid/seksuele voorkeur, burgerlijke staat, handicap of chronische ziekte of leeftijd (College voor de Rechten van de Mens, 2020).” (Geciteerd uit Felten et al., 2021).

Er bestaan twee vormen van discriminatie: directe en indirecte. Directe discriminatie is meestal eenvoudig te identificeren. Indirecte discriminatie daarentegen kan moeilijker te herkennen zijn, maar is eveneens een vorm van discriminatie (Rijksoverheid.nl, z.d.). Van indirecte discriminatie is volgens het EU-recht sprake wanneer een praktijk, beleidsmaatregel of bepaling voor iedereen geldt, maar sommige mensen sterker benadeelt dan andere. Sommige maatregelen lijken op het eerste gezicht neutraal, maar pakken niettemin voor een specifieke groep discriminerend uit: het is hierbij niet van belang of het wel of niet de bedoeling was om te discrimineren (Eur-lex, z.d.). Een voorbeeld is wanneer er bepaalde kledingvoorschriften leiden tot uitsluiting van sollicitanten die tot een religieuze groepering behoren (Eur-lex, z.d.). Een ander voorbeeld is als een bedrijf een verbod heeft om honden mee te nemen. Hierdoor is het werk niet meer toegankelijk voor werknemers die een hulphond nodig hebben in hun dagelijks bestaan (rijksoverheid.nl, z.d.).

Definitie (institutioneel) racisme

Institutioneel racisme is gedefinieerd door KIS als processen, het beleid en de (geschreven en ongeschreven) regels van instituten die ertoe leiden dat er ongelijkheid is tussen mensen van

verschillende afkomst, huidskleur of religie (Felten et al., 2021). KIS stelt ook dat het structureel en collectief is: het gaat niet over incidenten of over één medewerker. Het College voor de Rechten van de Mens (2021) noemt in lijn hiermee dat het 'ingebakken' is in georganiseerde vormen van samenleven in de maatschappij. Ook stelt het College dat het niet alleen gaat om doelbewust gedrag, maar ook om allerlei vormen van niet-geformaliseerd, sociaal ingesloten gedrag. Tevens meldt het College dat institutioneel racisme uiteenlopende verschijningsvormen kent, en door 'inbedding' vaak niet direct herkenbaar is. De definitie van het College (2022) sluit dan ook aan bij die van KIS: "het verschijnsel dat processen, beleid of (geschreven en ongeschreven) regels van instituten leiden tot structurele discriminatie op grond van ras".

Naast institutioneel racisme, kan er ook sprake zijn van andere vormen van institutionele discriminatie zoals institutioneel validisme (het treft dan mensen met een beperking), institutioneel seksisme of institutioneel heteroseksisme (Felten & Broekroelofs, 2022).

CONTEXT EN RELEVANTIE VAN HET DOMEIN ZORG ALS DISCRIMINATIETERREIN IN NEDERLAND

In Nederland heeft iedereen toegang tot dezelfde zorg en heeft iedereen recht op goede zorg. Het Nederlandse zorgstelsel kent vier doelen: het geven van de benodigde zorg voor iedereen die dat nodig heeft; het borgen van een goede kwaliteit van zorg; de betaalbaarheid van de zorg waarborgen; en het voorkomen van ziekten en daarmee zorggebruik (RIVM, z.d.; Zorginstituut Nederland, z.d.). Discriminatie kan leiden tot ongelijkheid en kan grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg die patiënten ontvangen, wat nadelige effecten kan hebben voor iemands gezondheid. Bovendien kan het ervaren van discriminatie leiden tot negatieve gevolgen voor de gezondheid wat de gezondheidsverschillen tussen mensen kan vergroten (Ikram, 2016; Van Loenen et al., 2022). Discriminatie is daarmee in strijd met de doelen van het zorgstelsel (en is tevens verboden) en moet daarom worden aangepakt/voorkomen. In hoofdstuk 2 wordt uitgebreid ingegaan op onderzoeken en signalen die aantonen dat in het domein zorg in Nederland er sprake is van discriminatie.

Er zijn vier stelselwetten in Nederland die het zorgstelsel regelen: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Ter aanvulling zijn er verschillende algemene en meer specifieke wetten die de zorg in Nederland regelen. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor het goed functioneren van dit stelsel. Door de decentralisatie in 2015 is een groot deel van deze verantwoordelijkheid belegd bij de gemeenten. Daarnaast zijn er verschillende overheidsinstanties die toezicht houden op de werking van dit zorgstelsel, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit. In de uitvoering zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders actief (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Het aanbod van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders is ruim en divers. Dit hangt onder meer af van de zorgsoort die nodig is. Denk aan: GGZ, jeugdzorg, ouderenzorg en mondzorg. Deze complexiteit van de zorg maakt dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is om discriminatie aan te pakken/te voorkomen.

De vele partijen die betrokken kunnen zijn bij de zorg samen met de verschillende rollen in de zorg, zoals patiënt/cliënt en professional, maakt het dat discriminatie op verschillende manieren kan voorkomen. Deze discriminatie kan worden ervaren op interpersoonlijk niveau, zoals bij de relatie tussen patiënt en zorgverlener, tussen cliënten onderling en tussen zorgverleners onderling. Daarnaast kan discriminatie in de zorg op institutioneel niveau worden ervaren. Institutioneel verwijst naar fenomenen die collectief en structureel verankerd zijn in georganiseerde maatschappelijke samenlevingsvormen. Dit omvat zowel regels, procedures en beleid als diverse vormen van niet-geformaliseerd, sociaal ingeburgerd gedrag, aldus het College voor de Rechten van de Mens (2021). Discriminatie op institutioneel niveau kan daarmee gedefinieerd worden als processen, beleid en (geschreven en ongeschreven) regels van instituten die kunnen leiden tot ongelijkheid tussen mensen op basis van bijvoorbeeld hun afkomst, bij dat laatste spreken we dan ook wel van 'institutioneel racisme' (Felten et al., 2021). Ook kan de zorg op verschillende momenten worden ervaren, zoals bij de diagnostisering of tijdens de zorg zelf.

Momenteel staat het zorgstelsel in Nederland onder druk. Dit komt onder meer door de vergrijzing, waardoor er een toename is van het aantal ouderen en chronische zieken (RIVM, z.d.). En door het tekort aan gekwalificeerd personeel in de zorg, waarmee de kwaliteit en toegankelijkheid onder druk is komen staan (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d.). De ontwikkelingen in de zorg moeten in het achterhoofd gehouden worden wanneer er wordt gekeken naar de discriminatie in dit domein. Deze ontwikkelingen kunnen namelijk bijdragen aan of afbreuk doen aan de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd aan verschillende groepen mensen. Discriminatie in de zorg kan zich op verschillende manieren voordoen, zoals ongelijke toegang tot zorg, gebrek aan culturele sensitiviteit of vooroordelen van zorgverleners ten opzichte van bepaalde groepen patiënten.

Deelvragen onderzoek

Het belangrijkste doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat er door verschillende partijen gedaan kan worden om discriminatie in het domein zorg aan te pakken. Om tot dit hoofddoel te komen, is in dit rapport een inventarisatie gemaakt van de discriminatieproblematiek in het domein zorg. Dit is gedaan aan de hand van de volgende vragen:

- Welke discriminatieproblemen doen zich voor binnen het domein zorg?
- Welke mechanismen veroorzaken het geselecteerde discriminatieprobleem?
- Wat zijn maatregelen tegen het geselecteerde discriminatieprobleem?
- Welke aanbevelingen kunnen we doen om de geselecteerde discriminatieproblemen tegen te gaan?

Onderzoeksmethode

Dit rapport is gebaseerd op drie stappen: inventarisatie, verdiepende literatuurstudie en interviews met experts. Hieronder beschrijven we per stap wat de aanpak is geweest.

Inventarisatie

Aan de hand van een literatuurstudie is eerst geïnventariseerd welke discriminatieproblematiek er binnen het domein 'zorg' wordt ervaren. We zijn hier aan de hand van de best match methode te werk gegaan, waarbij we zoveel mogelijk relevante zoektermen in *Google Scholar* hebben gebruikt die raken aan het onderwerp

discriminatie. De zoektermen die we (in verschillende combinaties) hebben gebruikt, zijn onder andere: 'discriminatie' en 'racisme' in combinatie met termen als 'zorg' of specifieke domeinen binnen de zorg, zoals 'ziekenhuis', 'zorgverzekering', 'wijkverpleegkundige', etc. Hierbij lag de focus op Nederlandstalige literatuur. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de meer 'grijze' literatuur. Hierbij is te denken aan onderzoeken, rapporten en factsheets van onder andere antidiscriminatievoorzieningen, kennisinstituten en (semi)overheidsinstanties.

Verdiepende literatuurstudie

Uit de geïnventariseerde discriminatieproblematiek zijn twee problemen geselecteerd door de Staatscommissie tegen Discriminatie en Racisme voor verder onderzoek: 'discriminatie in de jeugdzorg op basis van afkomst/ethniciteit' en 'discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten', op basis van gronden die verboden zijn door artikel 1 van de Grondwet.

Deze twee discriminatieproblemen zijn verder onderzocht aan de hand van een verdiepende literatuurstudie, waarbij ook gekeken is naar anderstalig onderzoek. Voor de verdiepende literatuurstudie maakten we gebruik van onder andere *Google Scholar* en volgden we een sneeuwbalmethode door het gebruik van literatuurverwijzingen van de artikelen die we reeds bij de inventarisatie hadden gevonden. Ook zijn er respondenten in het onderzoek geweest die belangrijke artikelen hebben aanbevolen en gedeeld voor onze verdiepende literatuurstudie. Aan de hand van deze verdiepende literatuurstudie zijn de aard en omvang van de geselecteerde discriminatieproblemen beschreven. Verder zijn de mechanismen uiteen gezet die deze problemen veroorzaken en/of in stand houden en zijn maatregelen beschreven die een mogelijke bijdrage kunnen leveren aan het verminderen/voorkomen van deze problematiek. De inzichten uit de literatuurstudie zijn aangevuld en aangescherpt met de inzichten verworven uit de semigestructureerde interviews die zijn gehouden met de respondenten.

Interviews met experts

Verantwoording keuze respondenten

Bij het uitvoeren van onderzoek naar discriminatie in de jeugd- en bredere gezondheidszorg is de selectie van organisaties en deskundigen cruciaal om de validiteit en betrouwbaarheid van de bevindingen te waarborgen. Hier volgt een theoretische onderbouwing en uitleg voor de criteria aan de hand waarvan wij de selectie van organisaties en deskundigen hebben gedaan. Naast deze theoretische onderbouwing, speelde gelet op de beschikbare tijd voor het onderzoek ook een rol wie gedurende de onderzoeksperiode beschikbaar was om geïnterviewd te worden

Theoretische onderbouwing: Stakeholdertheorie

In zijn stakeholdertheorie stelt Freeman (1984) een analysekader voor die het belang benadrukt van het afwegen van de belangen van alle partijen die bij een bepaalde kwestie betrokken zijn (Bowie, 2012). Zie Schiller et al. (2013) en Concannon et al. (2019) voor een toepassing in de context van gezondheidszorg. In de context van discriminatie in jeugd- en bredere gezondheidszorg, staat het betrekken van een reeks belanghebbenden (ervaringsdeskundigen, zorgverleners, beleidsmakers, belangengroepen en onderzoekers) een holistische analyse toe van het vraagstuk en de mogelijke aanpakken.

Selectiecriteria voor organisaties

Om geschikte organisaties voor het onderzoek te selecteren, hebben wij de volgende criteria gebruikt: relevantie en diversiteit.

Relevantie: wij hebben organisaties gekozen die direct betrokken zijn bij (jeugd)zorg, hetzij als aanbieders, hetzij als belangenbehartigers of als ondersteunende groepen. Voorbeelden zijn organisaties van ervaringsdeskundigen, organisaties met diverse landelijke functies (waaronder kennis, belangenbehartiging en advies) en verschillende soorten van zorgaanbieders (klein- en grootschalig, werkend voor verschillende doelgroepen, meer generalistisch of specialistisch), die zich richten op zorg en jeugdzorg. Deze organisaties hebben ervaring en zicht, al dan niet uit de eerste hand, met discriminatieproblemen en kunnen waardevolle inzichten in het fenomeen verschaffen. Bij het benaderen van organisaties werd ook duidelijk dat hoewel sommige organisaties aangaven het een belangrijk vraagstuk te vinden, zij ook constateerden dat zij er weinig of geen ervaring mee hadden en op grond daarvan afzagen van deelname.

Diversiteit: ons streven was een diverse vertegenwoordiging van organisaties, met verschillende geografische locaties, groottes en soorten diensten. Deze diversiteit zorgt voor een uitgebreid inzicht van discriminatie in de onderzochte sectoren, in verschillende settings en contexten.

Selectiecriteria voor deskundigen

Bij het selecteren van deskundigen voor het onderzoek hebben wij de volgende criteria gebruikt: ervaring, deskundigheid en representativiteit.

Ervaring: wij hebben deskundigen geselecteerd die (veel) ervaring hebben met jeugd-/bredere gezondheidszorg en discriminatiekwetsies. Deze respondenten kunnen ervaringsdeskundigen zijn, zorgverleners, maatschappelijk werkers, beleidsmakers, managers, bestuurders, cliëntondersteuners en onderzoekers.

Deskundigheid: wij hebben experts benaderd en geïnterviewd die beschikken over gespecialiseerde kennis en vaardigheden met betrekking tot het onderwerp. Dit waren mensen met expertise in jeugd-/bredere gezondheidszorg, culturele competentie en juridische of ethische aspecten van racisme en discriminatie in de onderzochte sectoren.

Representativiteit: wij hebben experts geselecteerd die diverse perspectieven vertegenwoordigen, waaronder die van ervaringsdeskundigen, verschillende professionele achtergronden, verschillende migratieachtergronden. De analyse van de antwoorden van een diverse groep experts vergroot het begrip van de verschillende dimensies van discriminatie in de jeugd-/bredere gezondheidszorg.

In totaal zijn er 26 respondenten gesproken die allen een rol spelen en/of goed zicht hebben op de geïnventariseerde discriminatieproblemen. Voor het eerst beschreven discriminatieprobleem zijn 14 respondenten gesproken, en voor het tweede beschreven discriminatieprobleem 12 respondenten. Alle interviews zijn in maart 2023 afgenomen en vonden meestal digitaal plaats, voornamelijk via *Microsoft TEAMS*. Een enkel interview is fysiek afgenomen. Voor het afnemen van de interviews is op basis van de literatuurstudie een vaste topiclijst voor elk specifiek geïnventariseerd discriminatieprobleem ontwikkeld. Deze topiclijst diende als basis voor de afgenomen interviews. Met toestemming van de respondenten zijn de interviews opgenomen en volledig getranscribeerd. Deze transcripties zijn geanalyseerd en verwerkt in de rapportage.

Verantwoording topiclijst

De gespreksleidraad is ontworpen op basis van de bevindingen van ons literatuuronderzoek om een gestructureerde discussie over discriminatie op grond van etniciteit in de jeugdzorg en zorg in het algemeen te vergemakkelijken. Het onderzoek had tot doel de aard, de omvang en de mechanismen van het probleem bloot te leggen en mogelijke oplossingen te identificeren. Door de inzichten uit het literatuuronderzoek te combineren met interviews met verschillende belanghebbenden, was het gesprek gericht op het verkennen van de perspectieven van respondenten op de ernst van het probleem, de meest voorkomende soorten discriminatie, de factoren die het in stand houden, en de huidige en potentiële maatregelen om het aan te pakken. Door belanghebbenden bij dit gesprek te betrekken, konden de onderzoekers waardevolle input verzamelen en het beleid en de praktijk inzake de bestrijding van discriminatie in de jeugdzorg en zorg verduidelijken.

OPZET VAN HET RAPPORT

Eerst zal in dit rapport een brede inventarisatie van de discriminatieproblematiek in het domein zorg uiteen worden gezet (hoofdstuk 2). Vervolgens zal het eerste geïnterviewde discriminatieprobleem 'discriminatie in de jeugdzorg op basis van etniciteit' worden beschreven en worden afgesloten met deelconclusies (hoofdstuk 3). Ditzelfde zal gedaan worden voor het tweede geïnterviewde discriminatieprobleem 'discriminatie van zorgprofessionals door patiënten/cliënten' (hoofdstuk 4). Dit rapport zal worden afgesloten met een algehele conclusie waarin de analyses van beide discriminatieproblemen worden samengenomen (hoofdstuk 5).

2 DISCRIMINATIEPROBLEMEN IN DE ZORG

Auteurs: Koen Kros, Hanneke Felten & Mellouki Cadat-Lampe

Deze inventarisatie is ten behoeve van dit onderzoek uitgevoerd om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van discriminatieproblemen binnen het domein zorg. Met dit doel is een groot aantal bronnen geraadpleegd (zie bronnenlijst achterin) en is daarin gezocht naar ervaren discriminatie op basis van alle wettelijke gronden. Daarbij is gekeken naar zowel interpersoonlijke discriminatie (dus tussen mensen) als institutionele discriminatie. Met institutionele vormen van discriminatie wordt bedoeld de processen, het beleid en de (geschreven en ongeschreven) regels van instituten, die leiden tot structurele ongelijkheid tussen mensen, bijvoorbeeld op basis van hun afkomst, beperking of seksuele voorkeur (College voor de Rechten van de Mens, 2021; Felten & Broekroelofs; 2022; Felten et al., 2021). Uit deze inventarisatie kwamen de hieronder weergegeven discriminatieproblemen naar voren. In eerste instantie is er gekeken naar kwantitatieve data, echter deze zijn minimaal beschikbaar. Daarom is er ook gekeken naar kwalitatieve data. Deze kwalitatieve gegevens kunnen niet de omvang weergeven, maar geven een signaal dat er bepaalde problematiek plaatsvindt en geven een beschrijving van de aard van de problematiek.

2.1 DISCRIMINATIEGROND ETNICITEIT

- *Discriminatie van patiënten:* patiënten en cliënten met een migratieachtergrond krijgen niet altijd dezelfde behandeling als die zonder migratieachtergrond, zo concludeert Pharos (2022) op basis van twee onderzoeken. Er is door Pharos een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarin de ervaringen van patiënten met discriminatie door zorgverleners centraal staan. Uit die laatste blijkt dat patiënten door de ervaring met discriminatie soms zorg gaan mijden, die zij eigenlijk nodig hebben (Kolste & Venderbos, 2022). Uit een peiling van Movisie onder sociaal professionals, zoals sociaal werkers en buurtwerkers (totaal 189 waarvan 105 de vragenlijst volledig hebben ingevuld), blijkt dat 30% heeft gezien dat collega's cliënten/burgers in de wijk discrimineren (Broekroelofs, 2023).
- *Discriminatie van jeugdigen in de Jeugdzorg:* kinderen en gezinnen van 'niet-Westerse'² herkomst zijn in de lichtere vormen van opvoed- en ontwikkelingsondersteuning ondervertegenwoordigd, terwijl zij gemiddeld zijn oververtegenwoordigd bij de maatregelen voor kindbescherming en jeugdreclassering (Gilsing et al., 2015; Pels et al., 2009). Dit geldt onder meer voor jongeren van Marokkaanse afkomst: het beeld onder jeugdigen met een Marokkaanse achtergrond is dat zij ondervertegenwoordigd zijn in de jeugd-ggz en in de vrijwillige zorg. Zij zijn sterk ondervertegenwoordigd in de eerstelijns jeugd-ggz. Dit geldt in iets mindere mate ook in de jeugd-LVB, de voogdij en de pleegzorg. Omgekeerd zijn zij juist sterk oververtegenwoordigd in de gedwongen jeugdzorg, jeugdbescherming- en reclassering, en licht oververtegenwoordigd in de ambulante jeugdzorg, dagbehandeling en bij OTS-maatregelen (Tierolf et al., 2017). Dit beeld zien we terug in de breedte van de jeugdige bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond (Sadiraj et al., 2019).

² Deze term wordt benoemd wanneer dit in de originele rapportage wordt gehanteerd.

- *Discriminatie van zorgverleners:* uit onderzoek van KIS uit 2021 naar discriminatie ten aanzien van zorgmedewerkers van kleur en/of met een migratieachtergrond komt naar voren dat ervaringen met discriminatie en vooroordelen met regelmaat voorkomt onder zorgpersoneel. Het gaat daarbij zowel om gevallen van directe discriminatie, dus direct van patiënt tegen zorgverlener, als om gevallen van indirecte discriminatie, waarbij de zorgverleners achteraf van (witte) collega's horen over discriminerende uitlatingen van de patiënt/cliënt (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Tevens blijkt dat zorgmedewerkers van kleur en/of met een migratieachtergrond ervaring hebben met de verwachting bij patiënten dat zij minder competenties of diploma's zouden hebben dan andere zorgmedewerkers. Ook ervaren zij dat patiënten niet door hen geholpen willen worden vanwege hun afkomst, hun hoofddoek, of hun huidskleur (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Door Radar is recent lokaal onderzoek uitgevoerd naar discriminatie in de ouderenzorg. Het gaat dan om verpleging, verzorging en thuiszorg. Voor dit onderzoek zijn onder meer interviews gehouden met zorgverleners, leidinggevenden en vertrouwenspersonen. Uit dit onderzoek komt naar voren, net als in het KIS onderzoek, dat medewerkers van kleur in de ouderenzorg te maken krijgen met (onder meer) kleinerende opmerkingen en beledigingen, agressie, fysiek geweld en bedreiging vanwege hun afkomst en/of huidskleur. Ze worden bijvoorbeeld geweigerd door cliënten: bij de thuiszorg wordt er dan niet opengedaan of gaat de deur meteen weer dicht, vaak met de opmerking dat de zorgverlener niet gewenst is (Van der Tuin & Fiere, 2022). Tot blijkt uit een peiling van Movisie onder sociaal professionals, zoals sociaal werkers en buurtwerkers (totaal 189 waarvan 105 de vragenlijst volledig hebben ingevuld), dat 42% heeft gezien dat cliënten hun collega discrimineren (Broekroelofs, 2023).
- *Discriminatie tussen patiënten:* hier is geen onderzoek over gevonden, behalve het onderzoek onder sociaal professionals. Bekend is dat 73% van de sociaal professionals uit de eerdergenoemde peiling van Movisie, heeft gezien dat cliënten elkaar onderling discrimineren (Broekroelofs, 2023).
- *Geen oog voor diversiteit in onderzoek, richtlijnen en de praktijk:* diverse onderzoeken tonen aan dat (wetenschappelijk) medisch onderzoek nog (te) vaak gebaseerd is op uitsluitend witte mensen. Doordat medische onderzoekspopulaties geen afspiegeling zijn van de samenleving, is er onvoldoende specifieke kennis beschikbaar over ziekten, sterfte en de werking van behandelingen en medicatie bij bepaalde bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond. Zo is er een Europese bias in genetisch onderzoek (Sirugo et al., 2019), en onderzoek naar het opsporen van huidkanker kent een ondervertegenwoordiging van mensen met een donkere huidskleur (Van Loenen et al., 2022). Uit een vergelijkend onderzoek naar medische richtlijnen uit verschillende landen uit 2003 komt naar voren dat in Nederland er relatief weinig aandacht is voor etniciteit in deze richtlijnen (Manna et al., 2003). CBS-onderzoek naar coronasterfte toonde aan dat er sprake was van een hogere sterfte onder Nederlanders met een migratieachtergrond. Tegelijkertijd concludeerde het CBS dat meer onderzoek nodig is naar de oorzaken. Wetenschappers stelden vast dat het verschijnsel van hogere sterfte onder mensen met een migratieachtergrond, 'uit angst voor stigmatisering', niet tijdig erkend is. 'Kleurenblindheid' van onderzoek leidde tijdens de coronapandemie 2020-21 tot onevenredige (hogere) coronasterfte onder Nederlanders met een migratieachtergrond. Gedegen informatie is niet beschikbaar want er wordt niet 'etnisch geregistreerd' in de gezondheidszorg. Wel is bekend dat de Nederlandse DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) voorbij gaat aan de groeiende etnische en culturele diversiteit van jongeren in de jeugdzorg. De mate van validiteit van de meeste instrumenten voor jongeren met een migratieachtergrond, die de jeugdzorg gebruikt voor screening en diagnoses, is vaak onbekend want onvoldoende gevalideerd (Paalman et al., 2013). Deze zorginstrumenten zijn ontwikkeld voor en getest

op jongeren zonder migratieachtergrond waardoor deze mogelijk niet toereikend zijn voor jongeren met een migratieachtergrond (Vedder & Geel, 2017).

- *Etnisch profileren in medisch onderzoek en praktijk*: naast witte mensen als norm nemen in medisch onderzoek en dus een soort 'kleurenblind' idee hanteren, zien we ook het omgekeerde: het juist denken in 'rassen'. Uit onderzoek van Pharos komt naar voren dat een patiënt per ongeluk een brief van het laboratorium te zien kreeg waarin stond dat haar bloed onderzocht was. Hierbij werd het N-woord gebruikt om de patiënt haar 'ras' te omschrijven (Van Loenen et al., 2022). Uit een artikel van Buckle (2019) komt ook naar voren dat 'ras' in de Nederlandse praktijk wordt gebruikt om klinische beslissingen te maken. Dit in de veronderstelling dat bepaalde ziekten vooral voorkomen bij bepaalde bevolkingsgroepen. Echter, de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen zijn voornamelijk te berusten op sociaaleconomische verschillen (Van Eijnsden, 2019). Het gebruik van 'ras' in de zorg lijkt een thema dat ter discussie staat in de medische wereld.
- *Discriminatie in de medische opleiding*: in een onderzoek naar ervaringen naar de interculturalisatie van het onderwijs van de studie geneeskunde vanuit het perspectief van studenten met een migratieachtergrond, blijkt dat zij een gebrek aan respect ervaren in de bejegening naar hen toe, zowel in het curriculum als op de campus. Denk hierbij aan onbegrip en geen respect voor de culturele en religieuze waarden, normen en tradities van de studenten met een migratieachtergrond. Ook wordt de behandelde casuïstiek tijdens de opleiding als stereotyperend en stigmatiserend ervaren ($N=20$) (Tjitra et al., 2011). Onderzoek van Leyerzapf et al. (2015) toont, aan de hand van interviews en focusgroepen, dat stereotype beeldvorming over geneeskundigen met een migratieachtergrond en categoriaal denken over diversiteit ten grondslag ligt aan beoordelings- en functioneringsprocessen. Het belemmert selectie in coassistentenschappen en specialistische functies. Uit meer recent onderzoek blijkt dat geneeskunde studenten die behoren tot de etnische minderheid tijdens hun studie ervaren dat zij oneerlijk worden behandeld (Van Andel et al., 2021). Ook hebben zij minder vertrouwen in hun beoordelaar dan studenten zonder migratieachtergrond. Dit leidt ertoe dat studenten met een migratieachtergrond ervaren dat hun achtergrond een negatief effect heeft op hun schoolresultaten, wat kan leiden tot minder carrièrekansen. Dit is mogelijk te verklaren door de structuur van het instituut en de cultuur die hierin is verworven (Van Andel et al., 2021). Ook blijkt uit onderzoek uit 2019 dat wanneer er gebruik wordt gemaakt van een beoordelingsmethode waarbij er meerdere beoordelaars zijn betrokken bij meerdere beoordelingsmomenten, dat er minder verschil zit in de beoordelingen van studenten met en zonder migratieachtergrond (Van Andel et al., 2019). Dit in vergelijking met wanneer er wordt gebruik gemaakt van een beoordelingsmethode waarbij er één beoordelaar is betrokken. Door meerdere beoordelaars te betrekken, wordt de kans op een etnische bias verkleind. Verder vonden de onderzoekers dat wanneer beoordelaars de mogelijkheid hadden om bij hun beoordeling af te wijken van algoritmes, denk aan scores van multiplechoicetests, zij studenten zonder migratieachtergrond bevoordeelden. Dit kan mogelijk verklaard worden door stereotypen die de beoordelaars hebben (Van Andel et al., 2019). Deze inzichten worden bevestigd door ervaringsverhalen van studenten in de zorg waarbij zij vertellen over (mogelijke) discriminatie tijdens de opleiding, maar ook bijvoorbeeld door patiënten tijdens hun stage (Boker, 2022).

Onderzoek in het buitenland naar etnisch profileren in de zorg

Uit onderzoek uit de Verenigde Staten is bekend dat in de medische opleidingen in dat land, maar ook in de richtlijnen en protocollen die worden gebruikt door medisch personeel bij behandeling van

uiteenlopende ziekten, er nog vaak gedacht wordt in termen van 'rassen', zo blijkt uit een review (Amutah et al., 2021). Dit betekent in de praktijk dat bijvoorbeeld iemand die wordt ingedeeld als 'zwart' minder kans maakt op een nieuwe nier dan een patiënt die door de arts ingedeeld wordt als 'wit'. Hieraan ten grondslag liggen oude racistische vooronderstellingen in de richtlijnen die ervan uitgaan dat zwarte en witte mensen fysiek anders in elkaar zouden zitten (Amutah et al., 2021). Uit ander (Amerikaans) onderzoek komt naar voren dat individuen met (op zijn minst enkele) medische training valse overtuigingen hebben over de biologische verschillen tussen zwarte en witte mensen wanneer zij een medische keuze moeten maken. Dit kan bijdragen aan (onder meer) een verschillende behandeling toewijzen aan zwarte mensen of aan witte mensen en verkeerde pijninschatting maken van zwarte mensen, bijvoorbeeld door de overtuiging dat zwarte mensen een dikkere huid hebben dan witte mensen (Hoffman et al., 2016). Dit laat de studie van Gopal et al. (2015) ook zien, wederom in Amerika. Zij hebben aangetoond dat zwarte kinderen 20% minder kans hebben in vergelijking met witte kinderen op het toegediend krijgen van pijnstillers met opioïde bij een blindedarmontsteking. Min of meer geldt hetzelfde wanneer het gaat om een operatie bij de ontwrichting van een gewricht. Zwarte mensen krijgen bij de behandeling hiervan minder pijnstillers toegediend dan witte mensen. Daarnaast wordt er bij het toedienen van pijnstillers gemiddeld een half uur langer gewacht bij zwarte mensen dan bij witte mensen. En ook werd er bij zwarte mensen 50% minder een re-evaluatie van de pijn gedaan in vergelijking met witte mensen. Deze verschillen zijn niet gevonden wanneer witte mensen werden vergeleken met Amerikanen met een Latijns-Amerikaanse achtergrond (Tsai et al., 2012). In het Verenigd Koninkrijk zijn er ook aanwijzingen dat 'ras' nog wordt gebruikt in de behandeling van bepaalde ziekten (Gopal et al., 2022).

2.2 DISCRIMINATIEGROND HANDICAP

- *Discriminatie van patiënten*: mensen met een beperking ervaren meer discriminatie bij instanties dan mensen zonder beperking, zo blijkt uit onderzoek van het SCP: meer dan 25% geeft aan (mogelijk) gediscrimineerd te zijn het afgelopen jaar bij/door een instantie, terwijl dit voor mensen zonder beperking rond de 13% ligt. Hoeveel hier betrekking heeft op de gezondheidszorg is onbekend (Andriessen et al., 2020). In Nederland is er geen onderzoek gedaan naar de discriminatie van mensen met een beperking (als patiënt) in de zorg. Wel is bekend uit internationaal onderzoek van de WHO dat mensen met een beperking een verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van chronische aandoeningen; veel van deze verschillen kunnen niet verklaard worden door de onderliggende gezondheidstoestand of de beperking zelf maar door onrechtvaardige omstandigheden in het gezondheidszorgstelsel zoals de negatieve houding van zorgverleners, onbegrijpelijke gezondheidsinformatie, en fysieke barrières zoals gebrek aan vervoer of financiële beperkingen die de toegang tot een gezondheidscentrum verhinderen (IPS, 2022; WHO, 2022).
- *Discriminatie van zorgverleners*: in Nederland is er geen onderzoek gedaan naar de discriminatie van zorgverleners met een beperking. Uit een recente internationale review komt naar voren dat dit wel degelijk een probleem is (Lindsay et al., 2022). In hoeverre dit in Nederland speelt is onbekend.

2.3 DISCRIMINATIEGROND GESLACHT

Het gaat hier zowel om discriminatie van onder meer vrouwen, van mensen met een intersekse conditie en/of van transgender personen.

Discriminatie van vrouwen in de zorg

- *Discriminatie van patiënten:* er zijn meerdere (internationale) onderzoeken die uitwijzen dat pijn van vrouwen wordt onderschat en dat pijn van mannen wordt overschat, ondanks dat ze dezelfde mate van pijn aangeven (e.g. Zhang et al., 2021). Ook bij de pijn beoordeling van kinderen vindt er een gender bias plaats. Jongentjes worden beoordeeld als meer in pijn dan meisjes wanneer zij op identieke wijze hun pijn kenbaar maken (Cohen et al., 2014). Dit kan negatieve effecten hebben, zoals het toedienen van minder pijnstillers bij vrouwen. Daarnaast wordt psychotherapie eerder gezien als juiste behandeling voor vrouwen en bij mannen wordt er eerder medicatie voorgeschreven. Dit toont aan dat wanneer het gaat om het beoordelen van pijn veel geleund wordt op stereotypen (Zhang et al., 2021). Min of meer dezelfde resultaten zijn gevonden door Schäfer et al. (2016). Zij vonden ook dat mannen beoordeeld worden als meer pijn hebbend dan vrouwen. Ook werd gevonden dat medische studenten het aannemelijker vonden dat vrouwen hun pijn overdreven en ze minder geneigd waren dit te verbergen. Dit werd niet gevonden onder klinici. Er zijn geen onderzoeken bekend of dit ook geldt in Nederland.
- *Discriminatie van zorgverleners:* uit het SCP-onderzoek naar ervaren discriminatie in Nederland blijkt dat vrouwen relatief vaker werken in sectoren als het onderwijs en zorg en daardoor vaker te maken kunnen krijgen met negatieve opmerkingen en discriminatie vanuit patiënten, cliënten en andere externen (Andriessen et al., 2020).
- *Geen oog voor diversiteit in onderzoek, richtlijnen en de praktijk:* ziektebeelden bij vrouwen worden soms later herkend of ziektebeelden die voornamelijk bij vrouwen voorkomen worden over het hoofd gezien (Pointer, z.d.). Zo is wetenschappelijk medisch onderzoek nog (te) vaak gebaseerd op uitsluitend cisgender³ mannelijke proefpersonen (Merone et al., 2022). Dit kan ertoe leiden dat hartinfarcten bij cisgender mannen vaker herkend worden dan bij vrouwen (Den Ruijter, 2022). In de cardiologie wordt er tegenwoordig wel meer onderzoek gedaan naar het vrouwenhart om de man-vrouwverschillen bij hart- en vaatziekten te kunnen verkleinen (Den Ruijter, 2022). Het werkt ook andersom, het HPV-virus wat (onder meer) baarmoederhalskanker kan veroorzaken werd traditioneel gezien als typische 'vrouwen ziekte'. Hierdoor werd er weinig aandacht besteed voor de ziekte bij jongens en mannen. Tegenwoordig krijgen jongens hiervoor ook een inenting, omdat bekend is geworden dat varianten van dit virus ook kanker aan de mond, keel, penis of anus kunnen veroorzaken (Pointer, 2022). Onderzoek waarbij 38 onderzoeksvoorstellen naar de volksgezondheid zijn geanalyseerd, toont aan dat er in deze voorstellen geen/nauwelijks aandacht is voor sekse en gender (Van Hagen et al., 2020). Hoogleraar gender in de gezondheidszorg Sabine Oertelt-Prigione stelt dan ook dat er meer aandacht moet komen voor de rol van geslacht en gender in de gezondheidszorg (RadboudUMC, 2020).

³ Met cisgender worden mensen bedoeld waarbij de genderidentiteit overeenkomt met het geboortegeslacht.

Discriminatie van intersekse personen in de zorg

- *Discriminatie van patiënten:* volgens de Nederlandse organisatie voor seksediversiteit Stichting NNID en COC Nederland worden intersekse personen vaker geconfronteerd met onnodige medicalisering van hun zorgvragen dan cisgender personen (COC Nederland, 2022; Kastelijin & Feulen, 2020). Dit komt ook naar voren uit een internationale review (Zeeman & Aranda, 2020). Volgens de NNID is medische zorg waar intersekse personen afhankelijk van zijn, beperkter of niet beschikbaar. Daarnaast geven zij aan dat een grote groep intersekse personen 'lost to follow-up' is. Dat betekent dat ze geen contact meer hebben met artsen, zelfs als geneesmiddelen en controles voor hen van belang zijn (NNID, z.d.). Een onderzoek uit 2014 laat zien dat geen van de professionals die met jongeren werken ($N=421$) weet hebben of ze ooit een intersekse jongere hebben ontmoet (Emmen et al., 2015).

Discriminatie van transgender personen in de zorg

- *Discriminatie van patiënten:* Transgender Netwerk Nederland (TNN) bracht in 2022 een kleinschalig sociaal mediaonderzoek uit naar discriminatie van transgender personen in de zorg. Hieruit blijkt dat 60% van de 80 deelnemende transgender personen discriminatie in de zorg ervaren heeft: bij de gynaecoloog, de huisarts of bij ambulancepersoneel bijvoorbeeld. Denk hierbij aan ongepaste vragen van cisgender hulpverleners en het onder druk worden gezet om medische of psychologische tests te ondergaan. Bovendien kunnen transgender personen angst en schaamte ervaren bij fysiek onderzoek van cisgender hulpverleners (Transgender Netwerk Nederland, 2022).
- *Geen oog voor diversiteit in onderzoek, richtlijnen en de praktijk:* uit een enquête onder professionals die jongeren begeleiden binnen de jeugdzorg ($N=421$), het jeugdwelzijn en de jeugd-ggz, blijkt dat 64% niet weet hoe signalen te herkennen zijn dat een jongere met de eigen genderidentiteit worstelt (Emmen et al., 2015). Maar ook als deze professionals dit wel signaleren, dan wordt dat lang niet altijd besproken: 71% van hen die vermoeden dat een jongere transgender is, stellen daar soms of nooit vragen over (Emmen et al., 2015).

2.4 DISCRIMINATIEGROND SEKSUELE GERICHTHEID

- *Discriminatie van patiënten:* in het onderzoek van Hoekstra-Pijpers (2022) naar ervaringen van ($N=115$) LHBT-ouderen van 65 jaar en ouder wordt duidelijk dat 36% van deze ouderen last heeft gehad van discriminatie door zorgverleners. Uit SCP-onderzoek komt naar voren dat zo'n 13% van de LHBT-ouderen ($N=375$) verwacht dat zorgverleners niet goed met hen omgaan vanwege hun seksuele oriëntatie (Kuyper, 2015).
- *Discriminatie tussen patiënten:* uit het hier boven genoemde onderzoek van het SCP blijkt dat 20% van de homoseksuele of bi+ ouderen bang is te worden uitgesloten door medebewoners in een ouderen- of zorgcomplex wanneer bekend is dat zij (ook) vallen op mensen van hetzelfde geslacht (Kuyper, 2015). Daarnaast komt naar voren uit een afstudeerscriptie uit 2014 dat er vaak negatief wordt gereageerd op lhbt-jongeren door jongeren in de jeugdzorg (Van Denzel et al., 2014).
- *Geen oog voor diversiteit in onderzoek, richtlijnen en de praktijk:* binnen de jeugdzorg, het jeugdwelzijn en de jeugd-ggz geeft 41% van de ($N=421$) professionals aan niet te weten hoe zij kunnen signaleren of jongeren met hun seksuele oriëntatie worstelen. Maar ook als deze professionals dit wel signaleren, dan

wordt dat lang niet altijd besproken: 60% van hen die vermoeden dat een jongere lesbisch, homo of bi is, stellen daar soms of nooit vragen over (Emmen et al., 2015).

2.5 VERSCHILLENDE DISCRIMINATIEGRONDEN

- *Discriminatie van patiënten:* volgens onderzoek van het SCP naar ervaren discriminatie in Nederland (2020) heeft van de mensen die in 2018 medische hulp of advies zochten bij een huisarts, ziekenhuis of andere zorginstelling, 4% discriminatie ervaren (Andriessen et al., 2020). Om welke vorm van discriminatie het hier gaat, wordt verder niet toegelicht. Uit een internationale systematische review komt naar voren dat zorgprofessionals hetzelfde niveau van 'bias' hebben als de algemene bevolking en dat dit de kwaliteit van de zorg beïnvloedt (FitzGerald & Hurst, 2017). Met 'bias' worden onbewuste vooroordelen bedoeld op basis van onder meer afkomst, huidskleur, gender en geslacht, leeftijd en gewicht. In welke mate dit speelt onder Nederlandse zorgverleners is niet onderzocht.
- *Discriminatie van zorgverleners:* uit onderzoek van onderzoeksbureau Ipsos (2021) naar agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer komt naar voren dat 19% van de respondenten ($N=11.902$) die in de sector zorg en welzijn werken, in de voorafgaande 12 maanden te maken heeft gehad met discriminatie door patiënten of cliënten. In sommige sectoren ligt het percentage hoger met opvallende uitschieter de geestelijke gezondheidszorg (30%). Hiervoor zijn geen verklaringen gevonden. Daarnaast kreeg 11% te maken met discriminatie door familie, vrienden of bezoekers van degene die zij verzorgden. Hierbij is niet bekend om welke discriminatiegronden het gaat. Uit het onderzoek van Ipsos (2021) blijkt verder dat 6% van de respondenten die in de sector zorg en welzijn werken, discriminatie heeft ervaren van collega's en/of leidinggevenden. Hierbij is wederom niet bekend om welke discriminatiegronden het gaat.
- *Discriminatie in de medische opleiding:* in de jaarlijkse ledenenquête van De Geneeskundestudent, in samenwerking met Arts van de Toekomst, wordt door 19% van de respondenten aangegeven te maken te hebben met discriminatie ($N=136$) tijdens hun opleiding in de afgelopen twaalf maanden. Deze discriminatie wordt ervaren van zowel medestudenten, specialisten, begeleiders, ANIOS/AIOS en andere zorgverleners. Ook wordt discriminatie, in vergelijking met ander ongewenst gedrag het vaakst niet gemeld (De Jong et al., 2021).

2.6 TUSSENCONCLUSIE

Er zijn onderzoeken die aantonen dat er discriminatie speelt in de zorg op verschillende gronden: zowel op grond van afkomst (etniciteit), beperking, geslacht (zowel ten aanzien van vrouwen en/of mensen met een intersekse conditie en/of transgender personen) en seksuele gerichtheid. We zien ook dat er aanwijzingen zijn dat discriminatie voorkomt op verschillende niveaus:

- Van patiënt naar zorgprofessional
- Van zorgprofessional naar patiënt
- Tussen zorgprofessionals onderling
- Tussen patiënten onderling
- Op institutioneel niveau, zoals in de manier waarop onderzoek wordt gedaan of onderwijs wordt gegeven of richtlijnen zijn vormgegeven.

Echter, ook is duidelijk geworden dat er nog veel niet onderzocht is in Nederland wat wel in het buitenland onderzocht is. Er is bijvoorbeeld geen grootschalig (kwantitatief) onderzoek gevonden naar de mate waarin verschillende patiënten te maken krijgen met discriminatie en de mate waarin zorgverleners (onbewuste) vooroordelen en stereotypen hebben en hoe dit de zorg beïnvloedt. Onderzoek in Nederland is veelal kwalitatief van aard waardoor zicht op de omvang van het probleem buiten beeld blijft. Ook is er een gebrek aan onderzoek op het institutionele niveau bijvoorbeeld over hoe oude ideeën over 'ras' nog een rol spelen in medische richtlijnen.

2.7 SELECTIE VAN DE TWEE GESELECTEERDE DISCRIMINATIE-PROBLEMEN

Binnen elk domein van dit onderzoek is een selectie gemaakt van een aantal nader te onderzoeken discriminatieproblemen. We hebben hierbij gezorgd dat de geselecteerde discriminatieproblemen per sector elkaar aanvullen, bijvoorbeeld discriminatie door leidinggevenden versus discriminatie door het publiek. Tevens hebben we gericht rekening gehouden met variatie in de discriminatieproblemen tussen de sectoren zorg, wonen, sport en cultuur.

Daarbij is rekening gehouden met de volgende selectiecriteria:

1. Discriminatieproblemen die voldoende omvang en dus relevantie hebben en die samen een goed beeld geven van de diversiteit aan problemen;
2. De politiek-maatschappelijke aandacht voor het probleem.
3. De beschikbare (onderzoeks)kennis over het probleem.
4. De framing van het probleem: wordt het probleem als discriminatie benaderd of juist niet?
5. De link tussen het probleem en de bestaande wetgeving/rol van de wetgever.
6. Selectie in ieder geval van een discriminatieprobleem met betrekking tot de discriminatiegrond ras/ethniciteit.

De volgende twee discriminatieproblemen zijn geselecteerd voor nader onderzoek: discriminatie in de jeugdzorg op grond van ethniciteit ('ras' genoemd in de wet) en discriminatie van zorgprofessionals door hun patiënten/cliënten.

Er is gekozen voor een discriminatieprobleem met daarbij een focus op discriminatie op de grond van ethniciteit ('ras') en een discriminatieprobleem met een focus op de grond van ethniciteit ('ras') en religie ('godsdienst'). Beide discriminatieproblemen hebben voldoende omvang voor verder onderzoek. Het zijn problemen die door heel Nederland spelen en veel mensen treffen. De twee problemen liggen enigszins in elkaars verlengde: discriminatie in de jeugdzorg heeft vele kanten en een onderdeel hiervan is de discriminatie door cliënten. Het probleem van discriminatie van zorgprofessionals zoomt verder in op dit probleem, maar zoomt tegelijkertijd verder uit omdat het veel breder kijkt dan de jeugdzorg, bijvoorbeeld ook naar de thuiszorg, de ziekenhuiszorg, de verpleging en vele andere vormen van zorg. Het is een groot en belangrijk probleem, onder meer omdat door discriminatie vanuit cliënten/patiënten zorgprofessionals mogelijk uitstromen naar ander werk en de zorg verlaten. Discriminatie in de jeugdzorg is ook een groot

probleem, omdat de jeugdzorg hulp moet bieden aan gezinnen in een kwetsbare situatie en zeker niet de problemen groter mag maken. In de twee hiernavolgende hoofdstukken zijn de resultaten van het onderzoek naar de twee discriminatieproblemen te vinden.

3 DISCRIMINATIE IN DE JEUGDZORG

Auteurs: Koen Kros, Hanneke Felten & Mellouki Cadat-Lampe

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de discriminatie in de jeugdzorg op basis van etniciteit ofwel ‘ras’ zoals dat genoemd wordt in Artikel 1 van de Grondwet. Dit doen we op basis van een literatuurstudie aangevuld met interviews. Deze respondenten zijn geselecteerd op basis van hun kennis en (in)zicht en/of op basis van hun ervaringskennis/-deskundigheid in de jeugdzorg. In totaal zijn er 14 mensen gesproken in 9 interviews. Eén van deze interviews betrof een focusgroep interview met vijf ervaringsdeskundigen. In een ander interview is ook een ervaringsdeskundige gesproken. Daarnaast zijn er drie (jeugd)zorgprofessionals gesproken van verschillende organisaties, is er gesproken met twee respondenten van een landelijke jeugdzorgorganisatie, met een respondent van een landelijke organisatie voor (toekomstige) professionals en met twee respondenten die werkzaam zijn bij een organisatie die zich inzet voor kinderrechten. Op basis van de inzichten uit de literatuur en de interviews is een probleemomschrijving opgesteld. In deze probleemomschrijving wordt de aard van het discriminatieprobleem besproken. Daarnaast wordt de omvang beschreven aan de hand van de beschikbare gegevens en onderzoeken⁴. Vervolgens zijn er verschillende mechanismen beschreven die ervoor zorgen dat de beschreven problematiek bestaat. Hierop volgen maatregelen die deze problematiek kunnen aanpakken. Hierbij gaat het om zowel maatregelen die al worden genomen als aanbevolen maatregelen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een deelconclusie.

Jeugdzorg

Jeugdzorg is een verzamelnaam sinds de decentralisatie van alle zorg voor jeugd naar gemeenten. Deze zorg loopt uiteen van jeugdhulp, jeugdbescherming tot jeugdreclassering (CBS, 2018; CBS, z.d.). Bij jeugdhulp gaat het om alle vormen en mate van hulp en ondersteuning (lvb, opvoed vragen, opvoedhulp, jeugd-lvb en jeugd-ggz). Jeugdbescherming is de verplichte hulp die geboden wordt bij de opvoeding van kinderen, dit kan worden opgelegd door de rechter. Een jeugdige kan jeugdreclassering krijgen wanneer het iets strafbaars heeft gedaan en daarvoor een proces-verbaal heeft gekregen van de politie of de leerplichtambtenaar. In Nederland wordt de jeugdzorg geleverd via de Jeugdwet. Deze wet bepaalt dat de gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk zijn voor alle vormen van jeugdzorg/-hulp (Regelhulp.nl, z.d.).

⁴ Er is een klein gedeelte overlap tussen de informatie in de inventarisatie (hoofdstuk 2) en de informatie die wordt beschreven in dit hoofdstuk. Deze dubbelingen staan er in zodat hoofdstuk 2 (de inventarisatie) compleet is en los te lezen is van hoofdstuk 3. Dit overlapt (deels) met de inventarisatie van jeugdzorg in hoofdstuk 2, zo is hoofdstuk 3 los te lezen van de inventarisatie.

3.1 PROBLEEMBESCHRIJVING

In dit onderzoek behandelen we verschillende vormen van discriminatie op basis van etniciteit/ras in de jeugdzorg. Deze discriminatie kan namelijk op verschillende manieren en niveaus plaatsvinden en worden ervaren. Allereerst is er het niveau van interpersoonlijke discriminatie. Dit kan plaatsvinden in de vorm van discriminatie vanuit de jeugdzorgprofessionals richting de cliënten of andersom, tussen cliënten in de jeugdzorg onderling en tussen jeugdzorgprofessionals zelf. Daarnaast kan de discriminatie plaatsvinden op een meer institutioneel niveau. In dit onderzoek wordt er hierbij gefocust op onevenredige oververtegenwoordiging en ondervertegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond wanneer er wordt gekeken naar de vorm van jeugdzorg en op de heersende 'witte norm' in de jeugdzorg.

3.1.1 Aard van het probleem

Discriminatie vanuit professionals naar cliënten in de jeugdzorg (probleem 1)

In een artikel van ExpEx, de organisatie van ervaringsdeskundigen in de jeugdzorg, komen verschillende voorbeelden naar voren van discriminatie vanuit professionals naar cliënten. Zo vertelt een ervaringsdeskundige dat hij sneller naar de isoleercel werd gestuurd dan witte groepsgenoten. Een andere ervaringsdeskundige vertelt over hoe het racisme wat zij ervaarde in haar omgeving en aankaatte niet werd opgepakt door haar voogd (Bhugwandass et al., 2020). De ervaringsdeskundigen gesproken voor dit onderzoek geven ook aan dat zij discriminatie hebben ervaren vanuit de professionals naar hen toe. Een respondent uit de focusgroep zegt het volgende hierover: *“Er waren wel medewerkers die toch soort van, ja dat noem ik, subtiel racistisch zijn. Er was bijvoorbeeld een medewerker die mij heel vaak kokosnoot noemde. Die medewerker vond blijkbaar dat ik volgens haar van binnen Nederlands was en van buiten niet. Mijn uiterlijk voldeed volgens haar niet aan de verwachtingen van gedrag die zij had bij mensen met mijn uiterlijk.”* Hier voegt de respondent aan toe dat andere medewerkers niet ingrepen en dit discriminerende gedrag van de professional eigenlijk versterkten. Een andere ervaringsdeskundige geeft aan dat wanneer dit speelt, dit waarschijnlijk een subtiele rol zal spelen omdat er consequenties voor de professional aan vast kunnen zitten. Onderzoek gericht op de specifieke discriminatiegrond waar dit hoofdstuk de focus op legt (eticiteit/afkomst) is nauwelijks gevonden. Wel zijn er verschillende onderzoeken gevonden die aantonen dat er onder professionals in de jeugdzorg negatieve vooroordelen kunnen heersen over de jongeren (e.g. Abdallah et al., 2007; Boer et al., 2009; JoU, 2013; Van Denzel et al., 2014). Echter in de beslissingen van professionals werkzaam in de kindbescherming werd geen bias gevonden op basis van afkomst (Middel, et al., 2020).

Een andere vorm van discriminatie waar wel veel over bekend is, is seksueel grensoverschrijdend gedrag: dit kan worden beschouwd als discriminatie van vrouwen en meisjes; zie de Algemene Wet Gelijke Behandeling (Overheid.nl, 2020). Wanneer we kijken naar wat bekend is over seksueel misbruik in de jeugdzorg door professionals dan zien we dat dit veelvuldig wordt gepleegd door mannelijke begeleiders waarbij (minderjarige) tienermeisjes het slachtoffer zijn (Timmerman et al., 2012). In hoeverre afkomst hierin een rol speelt, is onbekend in Nederland. Wel is bekend uit verschillende onderzoeken dat seksueel geweld niet alleen verbonden is met seksisme, maar ook met racisme (Armstrong, Gleckman-Krut & Johnson, 2018). Uit buitenlands experimenteel onderzoek komt naar voren dat witte vrouwen minder bereid zijn om zwarte vrouwen die het slachtoffer worden van seksueel geweld te helpen (Katz et al., 2017) en meisjes (van

zes jaar oud) met een donkere huidskleur die het slachtoffer worden van seksueel geweld worden minder snel geloofd en worden minder gezien als getraumatiseerd (Alley et al., 2019).

Buiten Nederland

In andere landen heeft racisme of discriminatie op grond van afkomst in de jeugdzorg al meer aandacht. In een blad voor de jeugdzorg in Canada wordt beschreven door dr. Beverly-Jean Daniel (2021) dat de jeugdzorg gedomineerd wordt door witte perspectieven en hebben professionals in de kind- en jeugdzorg kennis nodig van racisme en moeten zij leren om niet te handelen naar stereotypen. In een recent artikel uit Ierland wordt gepleit voor het erkennen van racisme en andere vormen van onderdrukking in de samenleving en het ontwikkelen van een kritisch perspectief hierop als sociaal werkers die onder meer werken met kinderen (Hanlon, 2022). Ook in het Verenigd Koninkrijk heeft het thema de aandacht: in een artikel voor het Britse Journal of Social Work worden vooroordelen en racisme beschreven bij een deel van de studenten (Micek, 2014) en wordt er uitgetoond hoe vooroordelen te verminderen onder sociaal werk studenten (e.g. Nadan & Stark, 2017). Ditzelfde geldt voor Noorwegen (Lian Flem et al., 2021).

Discriminatie van cliënten onderling (probleem 2)

In de residentiële jeugdzorg zijn de cliënten, de jongeren, ook vaak samen met elkaar. Residentiële jeugdzorg bestaat uit kleinschalig verblijf, kamertrainingscentra, leef- en behandelgroepen, crisisopvang en JeugdzorgPlus ofwel de gesloten jeugdzorg (NJI, z.d. b). Tussen de jeugdigen onderling kan discriminatie voorkomen. Zo zijn er verschillende onderzoeken die aangeven dat de veiligheid op de groepen in de residentiële jeugdzorg niet optimaal is. Er komen regelmatig incidenten voor tussen de jeugdigen onderling. In een afstudeeronderzoek komt naar voren dat meerdere groeps werkers in de residentiële jeugdzorg denken dat het voor jongeren onveilig is om voor hun homoseksualiteit uit te komen op de groep (Van Denzel et al., 2014). Daarnaast is er onderzoek naar seksueel grensoverschrijdend gedrag in de jeugdzorg gedaan. Dat gaat voor een (groot) deel om cliënten (jeugdigen) onderling (Timmerman et al., 2012; Lünnehan et al., 2021). Meestal zijn de jongens op de groep de plegers en de meisjes op de groep het slachtoffer (Timmerman et al., 2012). Ook fysiek geweld tussen jeugdigen onderling blijkt voor te komen (Lünnehan et al., 2021). Onduidelijk is of hierbij ook sprake is van discriminatie: dit is niet onderzocht. Er zijn verder geen onderzoeken gevonden over discriminatie op basis van etniciteit/afkomst tussen jeugdigen onderling. Uit de interviews komt wel naar voren dat discriminatie tussen cliënten onderling speelt. Een ervaringsdeskundige, een persoon van kleur, vertelde dit: *“Maar ook inderdaad als je op een groep komt wonen, want ik heb op een leefgroep gewoond, jongeren die ook gewoon full blown racistisch zijn. En niet eens subtiel, maar echt gewoon racisten zijn en dan met je wonen en dan gewoon voluit racistische uitlatingen hebben.”* Een andere ervaringsdeskundige van kleur: *“(…) ik heb met neonazi’s, echt hardcore racisten, neonazi’s echt (…) vastgezet (…) met een hakenkruis op [de] borst rondloopt (…) ik ben die jongen nooit meer vergeten, dat was ook een neonazi (…)”* En een derde ervaringsdeskundige van kleur: *“(…) op twee groepen heb ik dat ook meegemaakt dat er echt een neonazi zat en eigenlijk op die twee groepen wist bij mij de groepsleiding daar niet goed stelling in te nemen (…)”* Kortom: onderling tussen cliënten komt ontoelaatbaar gedrag voor waar discriminatie onderdeel van kan uitmaken.

Discriminatie vanuit cliënten naar jeugdprofessionals (probleem 3)

Een ander mogelijk probleem is de discriminatie vanuit cliënten naar professionals. In onderzoek van het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) over discriminatie vanuit cliënten naar professionals in de zorg blijkt dat dit (ook) speelt in de jeugdzorg. Verschillende respondenten die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd zijn/waren werkzaam in de jeugdzorg (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Zo vertelde een jeugdzorgmedewerker dat er allerlei zogenaamde discriminerende 'grapjes' vanwege zijn afkomst worden gemaakt. Een andere jeugdzorgmedewerker vertelt discriminatie te hebben ervaren en dit te hebben aangekaart bij de organisatie. Vanuit de organisatie kwam geen enkele vorm van steun voor deze ervaring (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Door meerdere respondenten die zijn bevraagd voor dit onderzoek komt verder ook naar voren dat deze vorm van discriminatie voorkomt in de jeugdzorg. Ook geven meerdere respondenten aan dat er vanuit de cliënten en/of hun familie een (grote) mate van wantrouwen heerst richting de jeugdzorg. In de jeugdzorg kan het gaan om opgelegde jeugdzorg maatregelen door de kinderrechter. Ouders staan niet altijd achter deze beslissing. In hoeverre er discriminatie ten grondslag ligt aan dit wantrouwen is volgens de twee respondenten die werkzaam zijn bij een landelijke jeugdzorg organisatie niet bekend. Deze respondenten geven wel aan dat er bij hen signalen bekend zijn dat cliënten en/of hun ouders soms zorg weigeren omdat de professional een andere cultuur heeft dan de cliënt. Een andere respondent die werkzaam is bij een organisatie die hulp biedt aan gezinnen vanuit een cultuursensitieve benadering, geeft ook aan dat vanwege botsende (culturele) normen en waarden er zorg geweigerd wordt en er angst en wantrouwen heerst richting jeugdzorg. Dit kwam ook in onderzoek van KIS naar voren; onder ouders met een migratieachtergrond is mogelijk (nog) meer angst en wantrouwen ten aanzien van de jeugdzorg (Day & Bellaart, 2015). Dit wordt door meerdere respondenten bevestigd, zowel ervaringsdeskundigen als professionals. Het gaat voornamelijk om dat ouders van de cliënt niet willen dat hun zoon door een vrouw wordt behandeld of andersom. Of bijvoorbeeld dat het kind niet verzorgd mag worden door een pleeggezin van twee mannen of twee vrouwen. Dit gaat zover dat professionals hun religie verbergen, omdat ze bang zijn dat de zorg anders geweigerd wordt door de cliënt. Kortom: discriminatie vanuit cliënten naar jeugdprofessionals kan voorkomen vanuit wantrouwen of dat de (culturele) achtergrond van de cliënt niet aansluit bij de professional, of andersom.

Discriminatie tussen jeugdzorgprofessionals onderling (probleem 4)

Een vierde mogelijk probleem is discriminatie van de professionals in de jeugdzorg. Uit onderzoek van Ipsos (2021) weten we dat dit probleem speelt (zie 'omvang van het probleem'). Echter, er is nog weinig bekend over de aard van het probleem. Door de respondenten werkzaam bij een landelijke jeugdzorg organisatie wordt aangegeven dat zij hier geen signalen van hebben. Een ervaringsdeskundige die nu werkzaam is in de jeugdzorg geeft aan dat hij niet het gevoel heeft geen gelijke kansen te hebben als zijn collega's zonder migratieachtergrond, maar dat er wel opmerkingen worden gemaakt die als discriminerend kunnen worden ervaren en dat er vooroordelen heersen onder de professionals over bepaalde groepen mensen. Dit wordt door meerdere respondenten aangegeven: er zijn nu eenmaal mensen met bepaalde discriminerende gedachten in de samenleving, deze mensen kunnen ook werkzaam in de jeugdzorg zijn. Daarnaast wordt er aangegeven door meerdere respondenten dat er een gebrek aan kleur is in de jeugdzorg, dit geldt ornamelijk voor bestuurlijke en beleidsfuncties. Of er verder sprake is van discriminatie in werving en selectie in de jeugdzorg is niet bekend.

Institutioneel (probleem 5)

Discriminatie op institutioneel niveau betekent, zoals beschreven staat in de inleiding, dat bepaalde processen, beleid of (geschreven en ongeschreven) regels leiden tot ongelijkheid op grond van bijvoorbeeld afkomst (Felten et al., 2021). In het literatuuronderzoek naar discriminatie op grond van afkomst en in de gesprekken met de respondenten zijn we twee problemen tegengekomen die we zouden kunnen beschouwen als een vorm van institutionele discriminatie (institutioneel racisme) die mogelijk spelen in de jeugdzorg: een onevenredige oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in zwaardere vormen van jeugdzorg en het hanteren van een 'witte norm'.

Allereerst is er sprake van een oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in bepaalde segmenten van de jeugdzorg en ondervertegenwoordiging in andere segmenten: jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond, voornamelijk met een achtergrond van buiten Europa, lijken wanneer ze te maken hebben met jeugdzorg, relatief vaker zwaardere vormen van jeugdzorg te hebben. Zo is er bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering een oververtegenwoordiging te zien van jongeren met wat in het rapport genoemd wordt een 'niet-Westerse' migratieachtergrond. Hiertegenover staat dat er een ondervertegenwoordiging te zien is bij deze jongeren bij jeugdhulp zonder verblijf (Schellingerhout et al., 2020). In de lichtere vormen van opvoed- en ontwikkelingsondersteuning, zoals sociale steun of informele hulp, zijn jongeren met een migratieachtergrond ondervertegenwoordigd, terwijl zij gemiddeld oververtegenwoordigd zijn bij zwaardere vormen, zoals in de kinderbescherming en jeugdreclassering (; Gilsing et al., 2015; Pels et al., 2009). Neem bijvoorbeeld jongeren met een Marokkaanse afkomst. Zij zijn ondervertegenwoordigd in de (eerstelijns) jeugd-GGZ en in de vrijwillige zorg. Dit geldt in iets mindere mate ook in de jeugd-LVB, de voogdij en de pleegzorg. Omgekeerd zijn zij juist sterk oververtegenwoordigd in de gedwongen jeugdzorg, jeugdbescherming en -reclassering, en licht oververtegenwoordigd in de ambulante jeugdzorg, dagbehandeling en bij OTS-maatregelen⁵ (Tierolf et al., 2017). Dit beeld is terug te zien in de breedte van de jeugdige bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond (Sadiraj et al., 2019). Dit komt overeen met wat het NJI constateert: jongeren met een migratieachtergrond hebben vaker te maken met jeugdbescherming en jeugdreclassering, in vergelijking met jongeren zonder migratieachtergrond, dit geldt in het bijzonder voor jongeren met wat genoemd wordt in de bron een 'niet-Westerse' achtergrond (NJI, z.d. a). Ook eerder onderzoek laat dit beeld zien, echter er kunnen (grote) verschillen zijn tussen de migrantengroepen. KIS heeft in 2015 een analyse gemaakt van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek tussen 2011 tot 2013 en constateren het volgende: jongeren met wat genoemd wordt in het rapport 'een Antilliaanse afkomst'⁶ zijn bij, zo goed als, alle vormen van jeugdzorg oververtegenwoordigd. In mindere mate geldt dit ook voor jongeren met een Surinaamse afkomst. Jongeren met een Turkse afkomst zijn weer ondervertegenwoordigd in de jeugdzorg. Maar in consensus met andere onderzoeken, blijken deze jongeren wel oververtegenwoordigd in de jeugdreclassering. Ditzelfde beeld wordt, min of meer, gevonden voor jongeren met een Marokkaanse afkomst (Gisling et al., 2015). Ook komen jongeren met een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse achtergrond minder vaak terecht in de jeugd-GGZ dan jongeren met een Nederlandse achtergrond. Jongeren met een Antilliaanse achtergrond maken, relatief gezien, vaker gebruik van de jeugd-GGZ dan andere jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond (Wierdsma et al., 2013). Deze scheve verdeling van jongeren met een migratieachtergrond als er wordt gekeken naar de vorm van jeugdzorg hoeft niet ten grondslag te liggen aan discriminatie. Er spelen hierbij mogelijk ook andere

⁵ Ondertoezichtstelling.

⁶ Deze term wordt benoemd wanneer dit in de originele rapportage wordt gehanteerd.

oorzaken. Zo geven enkele respondenten aan dat jongeren met een migratieachtergrond zelf of hun ouders veelal intergenerationele traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, zij het in de oorlog, zij het in de armoede. Wel gaat het hierbij om een probleem waarbij (indirecte) discriminatie mogelijk een rol kan spelen: zoals beschreven wordt in de mechanismen (paragraaf 3.2.1) speelt onder meer (stereotype) beeldvorming vanuit professionals werkzaam in de jeugdzorg een rol bij onder- en oververtegenwoordiging van jongeren op grond van afkomst. Dit kan onder meer leiden tot etnisch profileren. Om deze reden wordt deze hier genoemd.

Ten tweede gaat het om instrumenten die voor screening en diagnoses worden gebruikt in de jeugdzorg. Het is niet bekend hoe valide deze zijn voor minderheidsgroepen. Daarnaast zijn interventies veelal alleen getoetst met Westerse participanten, zo komt naar voren uit een review van Vedder en Van Geel (2017). Niet alleen de diagnose maar ook de hulp blijkt lang niet altijd goed aan te sluiten op gezinnen met een migratieachtergrond. Zo blijkt uit een kwalitatief onderzoek onder Amsterdamse jongeren met een migratieachtergrond dat het Nederlandse gezondheidszorgsysteem barrières kent binnen de openbare instellingen voor seksuele gezondheid (De Gee et al., 2022). De onderzoekers concluderen dat de Nederlandse gezondheidszorg is opgezet ten behoeve van witte Nederlanders zonder herleidbare migratieachtergrond, en is als zodanig inherent bevooroordeeld voor gekleurde jongeren met een migratieachtergrond, wier sociale context, gemeenschap en dagelijkse ervaringen afwijken van de witte culturele norm (De Gee et al., 2022). Dit onderzoek betreft niet de jeugdzorg direct, maar geeft wel een indicatie dat het zorgsysteem in Nederland vanuit een wit Westers perspectief is ingestoken. Specifiek voor jeugdzorg wordt door een ervaringsdeskundige die is gesproken voor dit onderzoek, opgemerkt dat mensen in de jeugdzorg met een heel 'Westerse bril' kijken naar gezinnen en problematiek. Dit wordt aangegeven door zowel meerdere professionals als ervaringsdeskundigen die zijn gesproken in dit onderzoek. Deze respondent voegt hieraan toe dat er bij de organisatie waar hij werkt signalen bekend zijn dat jongeren met een bi-culturele achtergrond de jeugdhulp anders ervaren dan jongeren zonder bi-culturele achtergrond. Het hanteren van een 'witte norm' in de instrumenten en behandelprocessen (of andere regels, beleid en processen) van organisaties kan leiden tot ongelijke uitkomsten op basis van afkomst en dit kan beschouwd worden als een vorm van institutionele discriminatie (Felten et al., 2021). Tevens kan dit worden beschouwd als een vorm van indirecte discriminatie, zoals beschreven staat in de inleiding, is hier sprake van volgens het EU-recht wanneer een praktijk, beleidsmaatregel of bepaling voor iedereen geldt, maar sommige mensen sterker benadeelt dan andere (Eur-lex, z.d.). Om deze reden beschrijven we deze instrumenten en hulp die niet aansluit, als een mogelijke vorm van institutionele discriminatie die in meer of mindere mate speelt in de jeugdzorg.

Omvang van het probleem

De omvang van de beschreven vormen van discriminatie in de jeugdzorg zijn lastig te duiden. Aandacht voor deze problematiek in onderzoek en rapporteren is minimaal. Wanneer er aandacht is voor discriminatie in de zorg, dan gaat dit veelal niet specifiek over jeugdzorg en is dit voornamelijk van kwalitatieve aard. In de jeugdzorg is er daarnaast veelal aandacht (momenteel) voor ander ongewenst gedrag, zoals (seksueel) grensoverschrijdend gedrag en problematiek in de gesloten jeugdzorg. Specifieke aandacht voor discriminatie wordt hierbij (vaak) niet meegenomen. Dit maakt het niet mogelijk om alle hierboven benoemde problemen te duiden in prevalentie. Wat er wel bekend is, geven we hieronder aan.

Omvang probleem discriminatie vanuit professionals naar cliënten in de jeugdzorg (probleem 1)

Over discriminatie op grond van etniciteit in de jeugdzorg is nog geen onderzoek gedaan, maar wel is er een bericht van de ExpEx. Deze organisatie stelt op hun site dat uit hun ervaringskennis blijkt dat de jeugdzorg niet vrij is van racisme (Bhugwandass et al., 2020). Hoe vaak dit voorkomt is echter niet bekend.

Omvang probleem discriminatie van cliënten onderling (probleem 2)

Specifieke onderzoeken en cijfers over de omvang van discriminatie specifiek tussen cliënten in de jeugdzorg onderling zijn verder, bij ons, niet bekend. Daarom is het blikveld verlegd naar breder grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten in de jeugdzorg. Uit het onderzoek dat beschikbaar is, komt naar voren dat er onveilige situaties voorkomen en dat er sprake is van grensoverschrijdend gedrag binnen de jeugdzorg. Dit heeft voornamelijk betrekking op cliënten in de residentiële jeugdzorg (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, 2017). Van de 414 meldingen van grensoverschrijdend gedrag in de jeugdzorg, die zijn binnengekomen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), is bij ongeveer de helft de (vermeende) dader een andere jongere. Het betrof hier meldingen van 2018 tot 2022 (Cramer & Jaspers, 2022). In de veiligheidsbarometer uitgevoerd door de Jongeren Taskforce Kindermishandeling uit 2015 hebben 196 jongeren die verblijven in de residentiële jeugdzorg een vragenlijst ingevuld. Hiervan geeft 28% aan soms gepest of uitgescholden te zijn geweest door andere jongeren in de groep waarin zij leven en 7% geeft aan dit vaak mee gemaakt te hebben. Dit komt ook online voor (soms 11%; vaak 3%). Verder heeft 14% zich soms en 5% zich vaak bedreigd gevoeld door iemand van de groep en is 9% soms en 3% vaak seksueel lastig gevallen op de groep door een andere jongere (online soms 7%; vaak 3%) (Jongerentaskforce Kindermishandeling, 2015). In hoeverre hier een discriminatoir aspect aan vastzit, is niet duidelijk geworden uit de rapportage.

Door het Verwey-Jonker Instituut zijn 75 onderzoeksrapportages geanalyseerd waarin meldingen van geweld en calamiteiten zijn geregistreerd in 2019 en 2020 die betrekking hebben op jeugdzorginstanties. Uit deze analyse blijkt dat meldingen van fysiek geweld zich voornamelijk afspelen tussen de jongeren onderling. Daarnaast blijkt dat fysiek geweld vaak hand in hand gaat met pestgedrag of dat dit fysieke geweld het resultaat is van pestgedrag, vernederingen en/of scheldpartijen. Dit psychische geweld is niet geheel te onderscheiden van fysiek geweld en loopt veelal in elkaar over (Lünnemann et al., 2021). Hoeveel van deze meldingen een discriminatoir aspect hebben, is niet duidelijk.

Voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, zoals seksueel misbruik en/of dwang geldt evenwel dat dit veelal gepaard gaat met psychisch geweld. Hiervoor geldt ook dat van de meldingen met betrekking tot dit gedrag voornamelijk jongeren onderling betreft, vooral waarbij jongens de pleger zijn en meisjes het slachtoffer (Lünnemann et al., 2021). Wat dus een vorm van discriminatie kan zijn. In de residentiële jeugdzorg maken jongeren een twee keer zo groot risico op seksueel misbruik dan jongeren buiten deze vorm van jeugdzorg, komt naar voren uit onderzoek van de Commissie Samson⁷ (Van Zenderen et al., 2015).

Omvang probleem discriminatie van cliënten naar professionals in de jeugdzorg (probleem 3)

Uit een enquête van Ipsos (2021) onder jeugdzorgmedewerkers ($N=333$) is bekend geworden dat 26% van de jeugdzorgmedewerkers aangeeft te maken hebben gehad met discriminatie door patiënten of cliënten in de laatste 12 maanden. Daarnaast heeft nog eens 13% te maken met discriminatie vanuit familie, vrienden

⁷ Commissie aangesteld door de Nederlandse overheid in 2011 die onderzoek deed naar seksueel misbruik van de door de overheid uit huis geplaatste kinderen.

of bezoekers van patiënten/cliënten of omstanders. Uit eerder onderzoek van Jeugdzorg FCB (2017) komt naar voren dat 23% van de jeugdzorgwerkers in de afgelopen 12 maanden te maken heeft gehad met discriminatie van cliënten of familie/vrienden van cliënten. Op welke grond de medewerkers gediscrimineerd zijn, is niet onderzocht. Ook is niet duidelijk of bepaalde groepen medewerkers vaker te maken hebben gehad met discriminatie dan andere groepen. Mogelijk is dat de percentages voor het ervaren van discriminatie hoger liggen onder bepaalde groepen medewerkers. In kwalitatief onderzoek onder meer onder professionals in de jeugdzorg zagen we namelijk eerder dat mensen met een migratieachtergrond en/of die een donkere huidskleur hebben en/of die zichtbaar moslim zijn (met name het dragen van een hoofddoek) veel te maken krijgen met discriminatie vanuit cliënten (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021).

Omvang discriminatie tussen jeugdzorgprofessionals onderling (probleem 4)

In de hiervoor genoemde enquête van Ipsos (2021) geeft 5% van de jeugdzorgmedewerkers aan te maken gehad te hebben met discriminatie vanuit collega's. Ook hier is onbekend op welke discriminatiegrond de discriminatie is ervaren. Tevens is onbekend in welke vorm van jeugdzorg vaker discriminatie van collega's wordt ervaren. Het is mogelijk dat de percentages voor het ervaren van discriminatie bijvoorbeeld hoger liggen onder medewerkers met een migratieachtergrond en/of medewerkers van kleur. Dit zou in lijn zijn met wat algemeen bekend is uit verschillende onderzoeken: werknemers met een migratieachtergrond worden vaker gediscrimineerd op basis van huidskleur of geloofsovertuiging dan andere werknemers (De Winter-Koçak et al., 2023).

Omvang probleem institutionele discriminatie (probleem 5)

Allereerst gaat het om het probleem van ondervertegenwoordiging en oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in bepaalde segmenten van de jeugdzorg. In het eerste halfjaar van 2022 waren er 382.590 jongeren met jeugdzorg, in alle vormen. Van deze jongeren hadden er 97.795 een migratieachtergrond. Dit komt neer op meer dan een kwart (25,56%)⁸. Van de Nederlanders tot 25 jaar heeft ongeveer 28% een migratieachtergrond (28,26%) (CBS, 2022). Het aandeel jongeren met een migratieachtergrond met jeugdzorg is bijna in verhouding met het aantal jongeren in Nederland met een migratieachtergrond. Als er wordt gekeken naar specifieke vormen van jeugdzorg, zien we echter een oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in de jeugdbescherming (33%), waarbij dit bij jeugdhulp nog gelijk is (25%). Als er verder wordt ingezoomd, zien we vooral dat jongeren met een migratieachtergrond oververtegenwoordigd zijn in de jeugdreclassering (54%), in de gesloten plaatsing (34%) en worden zij (relatief) vaker onder voogddij geplaatst (33%) (CBS, 2022). Als het specifiek gaat om de justitiële jeugdhulp is te zien dat de kans dat jongeren met een 'niet-Westerse' migratieachtergrond om als verdachte te worden geregistreerd gemiddeld ruim drie keer zo groot is in vergelijking met jongeren zonder 'niet-Westerse' migratieachtergrond. Hiertegenover staat dat de kans op een HALT-afdoening voor jongeren met een 'niet-Westerse' migratieachtergrond lager is in vergelijking met jongeren zonder 'niet-Westerse' migratieachtergrond. Verder is de kans om in een jeugdgevangenis terecht te komen voor jongeren met een 'niet-Westerse' migratieachtergrond ruim zes keer groter dan voor andere jongeren. Specifiek voor jongeren van Antilliaanse en Marokkaanse afkomst is die kans meer dan tien keer zo groot (Boon et al., 2018). Deze beschreven inzichten geven geen inzicht in wat de rol van discriminatie is bij de

⁸ Hierbij is gekeken naar jongeren tot 23 jaar.

onevenredige vertegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in verschillende vormen van jeugdzorg, een probleem waarbij discriminatie mogelijk wel een rol in speelt.

Ten tweede gaat het om het hanteren niet goed aansluiten van de zorg op alle mensen in Nederland. Dit geldt in zowel diagnose (en de instrumenten die daarvoor gebruikt worden) als vervolgens de hulp die wordt geboden. Alhoewel dit probleem duidelijk is vastgesteld (zie Vedder & Geel, 2017 voor een overzicht), zijn er geen cijfers gevonden over deze vorm van discriminatie. Het is ingewikkeld om bepaalde processen en perspectieven in cijfers vast te leggen.

3.2 MECHANISMEN EN MAATREGELEN

Vervolgens wordt er in dit onderzoek gekeken naar de (indirecte) context van de beschreven discriminatieproblematiek en de mogelijke factoren die hieraan ten grondslag liggen. Daarnaast wordt er gekeken naar de maatregelen die er al worden genomen om dit aan te pakken en de maatregelen die genomen zouden kunnen worden om de problemen aan te pakken.

3.2.1 Mechanismen die het probleem in stand houden

Hieronder worden verschillende mechanismen besproken die bij de verschillende discriminatieproblemen in de jeugdzorg mogelijk een rol spelen. Hierin zit enige overlap tussen de benoemde vormen van discriminatie in de jeugdzorg. Zo spelen vooroordelen en stereotype beelden mogelijk een rol op alle beschreven discriminatieproblematiek.

Algemene mechanismen die discriminatie in stand houden en (mede) veroorzaken

Vooroordelen en stereotypen

Uit de internationale literatuur is bekend dat vooroordelen en stereotypen, onbewust of bewust, kunnen leiden tot discriminatie (e.g. Amodio & Devine, 2006; Gawronski & Bodenhausen 2006; Hall et al., 2005; Sekaquaptewa et al., 2003). Bij vooroordelen gaat het om de negatieve houding ten aanzien van een bepaalde groep mensen. Stereotypen verwijzen naar de cognitieve denkbeelden over een bepaalde groep, het gaat om associaties (Gordijn & Wigboldus, 2013). Het hebben van (negatieve) vooroordelen en stereotypen is één van de grootste voorspellers voor discriminerend gedrag. In hoeverre dit speelt in relatie tot de beschreven discriminatieproblematiek in dit onderzoek is niet bekend. Wel zijn er verschillende signalen. Gezondheidswetenschapper Zemouri (2022) ziet dit wel als verklaring voor de discriminatie op basis van afkomst naar cliënten (jeugdigen en/of hun ouders) vanuit professionals in de jeugdzorg. Volgens verschillende ouders die zij heeft gesproken, ligt deze discriminatie aan negatieve en schadelijke stereotype beelden over verschillende groepen Nederlanders onder de professionals. Een respondent van een multiculturele en multidisciplinaire zorgorganisatie geeft ook aan dat het aannemelijk is dat professionals in de jeugdzorg op basis van heersende stereotypen over jongeren met een bepaalde culturele achtergrond beslissingen maken met betrekking tot die jongeren. Deze respondent zegt hier het volgende over: *“Ik spreek liever over onbewuste vooroordelen en niet meteen over discriminatie, en elkaar dus niet goed kennen, niet cultuursensitief zijn. En daardoor toch een oordeel hebben over bepaalde groepen mensen en dat oordeel meenemen in een traject. Waardoor je soms ook echt wel foute beslissingen maakt op basis van vooroordelen.”*

Ook het eerdergenoemde KIS onderzoek toont aan dat er sprake is van bepaalde beeldvorming onder professionals in de jeugd-GGZ. Het beeld is bijvoorbeeld dat bepaalde problematiek (zoals depressie) minder of juist meer speelt bij jongeren met een bepaalde afkomst (Burke et al., 2019). Dit duidt op bepaalde (onbewuste of bewuste) stereotype denkbeelden over bijvoorbeeld jongeren van Marokkaanse of Caribische afkomst.

Slechte klachtenprocedures

Een ander mechanisme dat het probleem van discriminatie in de jeugdzorg mogelijk in stand houdt, is dat de klachtenprocedures in de jeugdzorg veelal niet op orde zijn. Dit geldt voor alle beschreven discriminatieproblematiek. Onderzoek van het AKJ, de organisatie van de vertrouwenspersonen voor de jeugdhulp, laat zien dat slechts 2 van de 26 onderzochte klachtenregelingen voldeed aan de wettelijke eisen. Dit komt voornamelijk door de negatieve aspecten en gevoelens die worden opgehangen aan een klacht. Of door de tijd die het in beslag kan nemen en de impact die het kan hebben op diegene waar de klacht over gaat (Hellinga & Rueb, 2021). Dit wordt, min of meer, ook door een respondent aangegeven. Deze respondent, die werkzaam is bij een jeugdzorginstelling, geeft aan dat het in de jeugdzorg erg lastig is om dit thema te bespreken en iemand aan te spreken op discriminerend gedrag. Mensen voelen zich vaak aangevallen en kunnen dit moeilijk plaatsen.

In het bijzonder functioneren de klachtenprocedures niet goed ten aanzien van jeugdigen. Jeugdige cliënten ervaren een opeenstapeling van drempels in de klachtenprocedures, leidend tot een gevoel van machteloosheid en de herhaalde bevestiging dat men niet ontvankelijk is voor wat zij te zeggen hebben (Hellinga & Rueb, 2021). Ten aanzien van (pleeg)ouders speelt dat professionals in de jeugdzorg hen vaak wegzetten als lastig of niet meewerkend als zij hun onvrede uitten en/of een klacht indienen (Hellinga & Rueb, 2021). Een respondent werkzaam als jeugdzorgprofessional geeft aan dat de klachtenprocedure in zijn geheel niet goed functioneert. De huidige klachtenprocedure richt zich op het vaststellen of iemand gelijk behandeld is, in plaats van juist behandeld. Verschillende respondenten geven aan dat een goed functionerende klachtenprocedure met betrekking tot discriminatie belangrijk is. Als klachtenprocedures niet goed werken, worden discriminatieklachten mogelijk niet adequaat aangepakt, waardoor het probleem in stand kan blijven.

Het niet herkennen van discriminatie

Verschillende respondenten geven aan dat het belangrijk is dat mensen weten wat discriminatie is en hoe het herkend kan worden. Hierbij geven meerdere respondenten aan dat dit niet altijd het geval is, zowel bij professionals als bij de jongeren zelf. Dit maakt het lastig om het aan te kaarten en er tegen op te treden. Dit is in lijn met de internationale wetenschappelijke literatuur: sommige vormen van discriminatie zijn expliciet en makkelijk te identificeren, maar andere vormen van racisme of discriminatie zijn subtieler, 'alledaags' of verpakt in de vormen van 'grapjes' en daardoor moeilijk te herkennen (Ford et al., 2008; Nelson et al., 2011; Thomas et al., 2020). Het herkennen van racisme gaat dus vaak niet vanzelf, maar moet dus geleerd worden (Ashburn-Nardon et al., 2008; Nelson et al., 2011).

Mechanismen die discriminatie vanuit professionals naar cliënten in stand houden (probleem 1)

Straffen, controle en machtsongelijkheid

Voornamelijk in de gesloten jeugdzorg spelen er grote problemen die de jongeren in hun vrijheid beperken.

Medewerkers oefenen macht uit over de jeugd, die kan worden misbruikt om de autonomie van de jeugd af te dwingen, te straffen of te beperken, zo wordt geconcludeerd in een review van De Valk et al. (2016). Ook in onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut komt naar voren dat jongeren die in de gesloten jeugdzorg hebben gezeten, te maken hebben gehad met onderdrukking in de vorm van strenge regels en straffen (Sondeijker et al., 2020). De jongeren in jeugdzorginstellingen zijn vrijwel volledig afhankelijk van de professionals en de vele geschreven en ongeschreven regels die groepsleiders vaak stellen om orde en controle te bewaren (Van der Helm, 2011). Discriminatie ten aanzien van jongeren is mogelijk een onderdeel van deze machtsongelijkheid: ervaringsdeskundige Jason die in de gesloten jeugdzorg verbleef, zei eerder hierover tegen KIS: *“Ik vermoed dat mijn huidskleur soms een rol speelde in dat ik vaker in de isoleercel moest dan anderen”*. Of jeugdigen van kleur strenger en vaker bestraft worden in de (gesloten) jeugdzorg, is in Nederland niet onderzocht, maar uit buitenlands onderzoek (zowel veldonderzoek als experimenteel lab onderzoek) weten we dat kinderen met een donkere huidskleur eerder en strenger worden bestraft (op bijvoorbeeld school) voor hetzelfde gedrag als kinderen met een lichte huidskleur (Gibson et al., 2019; Kunesh & Noltemeyer, 2019; Shi & Zhu, 2022; Skiba, et al., 2002).

Een streng beleid met straffen en sterke machtsongelijkheid kan er mogelijk voor zorgen dat discriminatie vanuit professionals niet wordt aangekaart en zo blijft voortbestaan: ervaringsdeskundige jongeren vertelden dat zij zich moeilijk durven en konden uitspreken wanneer er mistanden zoals discriminatie plaats vinden. Ze vertelden dat ze bang zijn/waren voor het afnemen van beloningen, zoals ingekort worden op een kaartstelsel, door de professionals uit de jeugdzorg wanneer zij zich hierover zouden uitspreken.

Gebrek aan zeggenschap cliënten

Uit onderzoek in verschillende Europese landen waaronder Nederland komt naar voren dat kinderen weinig zeggenschap hebben wanneer er beslissingen gemaakt worden door de jeugdbescherming om hen te beschermen tegen kindermishandeling (Witte, Lopez & Baldwin, 2020). Goed beleid om de inspraak van jeugdigen te waarborgen hierbij is er niet in Nederland (Bouma et al., 2018). Ook in een advies van de SER (2021) staat beschreven dat jeugdigen en hun ouders ervaren dat zij te vaak te weinig worden betrokken bij het bepalen van de doelen van de in te zetten hulp en de vormgeving van het hulpverleningstraject. Tevens blijkt uit het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut onder jongeren die in de gesloten jeugdzorg hebben gezeten dat deze jongeren vaak het idee hebben dat er niet naar hen geluisterd werd in de gesloten jeugdzorg en dat ze niet mochten meebeslissen (Sondeijker et al., 2020). Dat er weinig ruimte is voor het perspectief van de jeugdige zelf, valt ook op in de rapportages vanuit jeugdzorginstellingen over geweldsincidenten (Lünneman et al., 2021). Dit beeld wordt bevestigd door de ervaringsdeskundigen gesproken voor dit onderzoek. Als cliënten weinig zeggenschap hebben dan kan dit mogelijk betekenen dat zij weinig mogelijkheden hebben om discriminatie vanuit professionals aan te kaarten of dat er wat wordt gedaan aan de meldingen/klachten. Dus niet alleen angst voor straf (zie voorgaande paragraaf), maar ook een gebrek aan überhaupt zeggenschap van jeugdigen, kan er voor zorgen dat wanneer er discriminatie speelt, deze niet kan worden aangekaart door de jeugdige.

Mechanismen die discriminatie van cliënten onderling in stand houden (probleem 2)

Geweld op de groep en gebrek aan pedagogisch klimaat

Er is geen specifiek onderzoek over discriminatie tussen cliënten onderling in de jeugdzorg gevonden, maar wel bekend is dat het realiseren van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële jeugdzorg vaak moeilijk wordt gevonden. Een groep bestaat vaak uit kinderen en jongeren die te maken hebben met

ernstige gedragsproblemen. Deze groepen staan vaak onder wisselende begeleiding van soms meer dan tien groepsopvoeders. Dit biedt, zoals Jongepier (2011) concludeert, geen gunstige voorwaarden voor een goed klimaat. Seksueel grensoverschrijdend gedrag en agressie en geweld zijn dan ook een terugkerend probleem in de jeugdzorg (Lünneman et al., 2021). Hier wordt niet altijd adequaat op ingespeeld, zo komt naar voren uit een onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut waarin 75 onderzoeksrapportages uit 2019 en 2020 zijn geanalyseerd die betrekking hebben op geweldsmeldingen en calamiteiten in jeugdzorginstellingen. Na een incident zijn er vooral interventies gericht op hulp aan het slachtoffer en het straffen van de pleger, waarbij te weinig aandacht is voor mogelijkheden tot herstel en te weinig wordt aangesloten bij het perspectief van de jeugdigen, zo wordt geconcludeerd. In verbeterplannen is vervolgens te weinig aandacht voor het feit dat het ontbreken van een open cultuur, met aandacht voor dialoog en vakbekwaamheid en een pedagogische aanpak een risico is op geweldsincidenten en calamiteiten (Lünneman et al., 2021). Het niet realiseren van een veilig pedagogisch klimaat kan tot ongewenst gedrag van jongeren leiden, waaronder discriminatie.

Mechanismen die discriminatie van cliënten naar jeugdprofessionals in stand houden (probleem 3)

Zorgplicht

Gemeenten hebben een zorgplicht voor wat betreft de jeugdzorg (Binnenlands bestuur, 2016). Instellingen voor jeugdzorg mogen dus niet zomaar een cliënt zorg ontzeggen (College voor de Rechten van de Mens, 2022). De zorgplicht houdt niet in dat professionals zich hoeven te laten discrimineren door cliënten. Dit is wel de gedachtegang bij sommige instellingen blijkt uit een artikel van het NRC (2022). Ook een van de respondenten die (onder meer) trainingen geeft aan professionals in de jeugdzorg geeft aan dat er vaak wordt meegegaan in de discriminerende wensen van ouders ten aanzien van de hulpverlener, zoals 'Ik wil gewoon een Nederlander'. Dit voornamelijk omdat de jeugdprofessional de jeugdige in het gezin wil helpen, ook al discrimineren de ouders. De respondent zegt hierover: *"Ja, ik vind natuurlijk wat ouders dan eisen niet goed. Ik keur dat ethisch niet goed, maar ik snap het wel, en ik vind het ook te verdedigen, dat je als sociaal werker dan zegt 'Ik laat dit er niet tussen staan.' Uiteindelijk is mijn missie het belang van de jeugdige."* De wens en de plicht tot het helpen van alle ouders en jeugdigen kan de aanpak van discriminatie in de weg staan en het probleem in stand houden.

Mechanismen die discriminatie tussen professionals onderling in stand houden (probleem 4)

Een sector onder druk

Uit onderzoek van het CBS (2022) blijkt dat meer dan de helft (55%) van de professionals die werken in de jeugdzorg een te hoge werkdruk ervaart. Verder blijkt uit onderzoek dat de sector meer werk krijgt dan het aankan. Zo toont onderzoek van 'Het vergeten kind' (2021) aan dat kinderen in de jeugdzorg gemiddeld ruim 10 maanden moeten wachten voordat ze hulp krijgen. Het gaat dan om wachten op bijvoorbeeld de benodigde therapie, een diagnose of een plek om te wonen. Tevens heeft de sector te maken met een personeelstekort. De uitstroom van personeel is hoog, vacatures zijn moeilijk te vervullen en er is een hoog verzuim (SER, 2021). Deze druk op de sector en de persoonsleden zou op verschillende manieren een mogelijke rol spelen op de discriminatie in de jeugdzorg. Onderzoek laat zien dat het hebben van organisatieproblemen een risicofactor is voor pesten (waar discriminatie vaak onder valt) op de werkvloer (Moayed et al., 2006). Dit geldt ook voor het werken onder druk en het ervaren van stress (Feijó et al.,

2019). De problemen in de jeugdzorg en de druk op de medewerkers die hierin werkzaam zijn, zouden dus mogelijk kunnen leiden tot (meer) discriminatie tussen de professionals die daar werkzaam zijn.

Mechanismen die institutioneel racisme in stand houden (probleem 5)

Anders diagnosticeren op basis van beeldvorming

Zoals hiervoor beschreven, spelen vooroordelen en stereotypen in het algemeen een belangrijke rol in het veroorzaken van discriminatie. Dit is voor de jeugdzorg concreet aangetoond in Nederland (Burke et al., 2019) wanneer het gaat om het stellen van diagnoses, ook is dit gedaan in het buitenland (Middel et al., 2023). Dit kan de institutionele discriminatie in standhouden/veroorzaken. Van jongeren met een migratieachtergrond wordt eerder verwacht door de professionals dat zij probleemgedrag vertonen dan jongeren met een Nederlandse achtergrond (Burke et al., 2019). Dit vormt een belangrijke verklaring over de oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in bepaalde segmenten van de jeugdzorg en oververtegenwoordiging in andere segmenten (Burke et al., 2019). Deze (stereotiepe) beeldvorming bij hulpverleners zorgt dus voor andere diagnoses op basis van de afkomst van de jeugdige. Burke et al. (2019) tonen ook aan dat er een bepaalde beeldvorming speelt bij hulpverleners over de problematiek van jeugdigen met een migratieachtergrond. Een beeldvorming die mogelijk een factor van invloed is bij hun evaluatieve handelingen aangaande de herkenning van stoornissen. Deze invloed van beeldvorming, zou kunnen resulteren in andere besluiten bij jongeren zonder migratieachtergrond (screening) dan bij jeugdigen met een migratieachtergrond (Pels et al., 2015). Iemands achtergrond lijkt dus in verschillende gevallen een rol te spelen bij probleemherkenning en screening, maar ook bij de doorverwijzing. Dit is een beeld dat door meerdere respondenten wordt herkend. Een respondent werkzaam bij een multiculturele jeugdzorginstelling vertelt hierover dat er bij de gezinnen die hij begeleidt vaak het gevoel heerst dat de begeleiding vanuit jeugdzorg 'Westers gesocialiseerd' is. Hierdoor kan bij die gezinnen het gevoel overheersen dat iemand beslissingen maakt op basis van uitsluiting of discriminerende aspecten. De respondent geeft hierbij aan dat het volgens hem voornamelijk ligt aan miscommunicatie en onbegrip. Vanuit de professionals heerst er andersom ook vaak onbegrip en het niet begrijpen waarom ouders met een migratieachtergrond bepaalde keuzes maken in de opvoeding. Kortom: stereotiepe en eenzijdige beeldvorming bij de professionals op basis van afkomst en culturele verschillen kunnen dus mogelijk zorgen dat bepaalde problematiek niet goed wordt herkend en gediagnosticeerd bij jongeren met een migratieafkomst en dat jongeren op basis van hun afkomst andere hulp krijgen, waardoor bepaalde groepen oververtegenwoordigd zijn in de ene vorm van hulp en in de andere vorm van hulp juist ondervertegenwoordigd.

Etnische profilering door de politie

Een ander mechanisme dat mogelijk een rol speelt in de over- en ondervertegenwoordiging is etnische profilering. De Erasmus Universiteit Rotterdam heeft gekeken naar welke factoren bijdragen aan de oververtegenwoordiging van jongeren met een 'niet-Westerse' herkomst in het justitiële systeem (Bezemer & Leerkes, 2021). Onderzocht is of er een verschil is in het in beeld zijn bij de politie tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond als er wordt gekeken naar zelf gerapporteerd crimineel gedrag. Het onderzoek laat zien dat de verdenkingskans, dus de kans dat hetzelfde criminele gedrag leidt tot een verdachtenregistratie, twee tot drie keer zo groot is voor jongeren met een 'niet-Westerse' herkomst dan voor andere jongeren. Dit verschil wordt niet veroorzaakt door een verschil in crimineel gedrag of in demografische en sociaaleconomische kenmerken. Dit verschil wordt (onder meer) verklaard door etnisch profileren vanuit de

politie. Vooral voor jongeren met een Marokkaanse en Caribische achtergrond geldt dat zij vaker in beeld zijn bij de politie dan verwacht zou worden op basis van de patronen in het zelf gerapporteerde crimineel gedrag (Bezemer & Leerkes, 2021). Dat etnische profileren speelt in Nederland kwam eerder naar voren uit andere onderzoeken (e.g. Çankaya et al., 2015; Felten et al., 2021). Op deze manier wordt eraan bijgedragen dat jongeren met een migratieachtergrond dus sneller in de 'zwaardere vormen' van jeugdzorg, zoals jeugddetentie, terecht komen.

'Witte norm'

Ervaringsdeskundigen van ExpEx stellen dat de maatstaf in de jeugdzorg in het beoordelen en behandelen van jongeren wordt gehouden langs een wit Westers perspectief. Dit kan ervoor zorgen dat de zorg niet (goed) aansluit bij jongeren die vallen buiten dit perspectief (Bhugwandass et al., 2020). De respondent werkzaam bij een organisatie die werkt vanuit een cultuursensitieve benadering geeft aan dat er zelfs een soort tweedeling lijkt te ontstaan tussen 'witte organisaties' en 'organisaties van kleur'. In het gesprek met twee respondenten actief bij een organisatie die opkomt voor de rechten van kinderen wordt het volgende gezegd dat dit discriminatieprobleem goed duidt: *"Er heerst een soort normatief idee dat volledig is ingegeven door een wit, christelijk, hoogopgeleid perspectief over wat een goede ouder of goede opvoeder is. Ik kan me dus voorstellen dat er een groep is die bijvoorbeeld eerder uit huis wordt geplaatst, omdat de ouders niet voldoen aan deze norm die er heerst over wat een goede ouder is. Of dat ouders niet goed genoeg in staat zijn om gesprekken met professionals te voeren in hun woordgebruik en beheersing van de taal die passend is bij de leefwereld van de professionals. Daardoor staan ze eigenlijk al met 2-0 achter, waardoor die kinderen ook gewoon eerder uit huis geplaatst worden of minder makkelijk worden teruggeplaatst."* Het hanteren van deze 'witte norm' kan ervoor zorgen dat jeugdigen en hun ouders/verzorgers een andere behandeling krijgen. Een bijkomend probleem dat wordt aangekaart door een van de respondenten is dat professionals in de jeugdzorg die niet voldoen aan de 'witte norm', zichzelf niet kunnen en/of mogen zijn. En hierdoor zij hun manier van zorg niet kunnen verlenen, wat mogelijk wel beter zou aansluiten bij de cliënt. Ze moeten als het ware 'wit' handelen.

'Ras' en etniciteit in formulieren

Door de respondent werkzaam bij een landelijke organisatie voor (toekomstige) professionals wordt aangegeven dat op verschillende formulieren in de jeugdzorg 'ras' en etniciteit zijn opgenomen. De respondent werkzaam als jeugdzorgprofessional geeft daarnaast aan dat veel vragenlijsten om zorg te indiceren normatief zijn. Bepaalde opvoedsituaties worden op basis van deze formulieren als problematisch ingeschat, terwijl dit hoort bij de (culturele) achtergrond van de opvoeders. Door iemands 'ras' en etniciteit systematisch vast te leggen in de formulieren ligt etnisch profileren en een verschillende behandeling van jeugdigen op de loer, zo denken verschillende respondenten.

Gebrek aan kennis over minderheidsgroepen

Door de ervaringsdeskundigen wordt aangegeven dat er onder veel professionals een gebrek aan besef, bewustzijn en/of onwetendheid heerst over jongeren met een andere afkomst dan zichzelf. Door verschillende respondenten wordt het voorbeeld genoemd dat voogden niet weten hoe om te gaan met kroeshaar bijvoorbeeld. Dit kan ervoor zorgen dat de jongeren met onverzorgd haar rondlopen of het maar altijd kort laten knippen. Enkele respondenten voegen hier nog aan toe dat door het ontbreken van kennis over de cultuur en achtergrond van de jongeren die zij verzorgen zij problemen hebben ervaren en nog steeds

ervaren met betrekking tot hun eigen culturele identiteit. Een ervaringsdeskundige zegt hierover het volgende: *“Ik heb gemerkt in de jeugdhulp dat ik niet de hulp heb kunnen krijgen die ik nodig had, omdat mensen niet aansluiten bij mijn culturele achtergrond. Nu ik volwassen ben, ben ik specifiek op zoek gegaan naar iemand met dezelfde culturele achtergrond die mij de hulp kan bieden die ik nodig heb.”* Door meerdere respondenten wordt hierbij aangegeven dat dit niet altijd voortkomt uit een kwade bedoeling, maar dat het echt draait om een vorm van onwetendheid en onmacht door het gebrek aan mogelijkheden en middelen die sommige professionals ter beschikking hebben. Ook wordt er door meerdere ervaringsdeskundigen aangegeven dat er ook zeker goede voorbeelden zijn van begeleiders die weten om te gaan met de (culturele) achtergrond van een jongere. Zo wordt er bijvoorbeeld door begeleiders ruimte gegeven voor jongeren om hun geloof te uiten op de gesloten afdeling. Dit door gebedsruimtes te faciliteren of om de keuken open te stellen voor jongeren die vasten. Een respondent uit de focusgroep voegt hieraan toe dat het soms ook kan doorslaan. Zij had het gevoel dat de begeleiders haar bepaalde culturele gewoonten probeerde op te leggen die de begeleiders vonden dat bij haar achtergrond hoorde. Kortom: door een gebrek aan kennis en de heersende onwetendheid onder verschillende professionals over andere culturen kan er discriminatie plaatsvinden.

Gebrek aan representatie en diversiteit professionals in de jeugdzorg

Door meerdere respondenten wordt aangegeven dat veel professionals werkzaam in de jeugdzorg Nederlanders zonder herleidbare migratieachtergrond zijn. Zo is er een gebrek aan pleegouders met een migratieachtergrond (Day & Bellaart, 2015). Dit wordt in het gesprek met de respondenten die werkzaam zijn bij een landelijke jeugdzorginstantie bevestigd: in het pleegouderbestand is een gebrek aan diversiteit. Het ontbreken van (etnische) diversiteit onder de jeugdzorgprofessionals wordt door meerdere respondenten als problematisch ervaren. Hierdoor is er minder kans op een juiste match. Naast dat dit een factor kan zijn voor het ontbreken van besef en de heersende onwetendheid over jongeren met een meervoudige culturele achtergrond, kunnen de jongeren zich vaak lastig herkennen in de professional. Meerdere ervaringsdeskundigen geven aan dat ze dit als problematisch hebben ervaren. De respondent, werkzaam bij een multicultureel en multidisciplinair zorgteam, geeft aan dat verschillende ketenpartners en gecertificeerde jeugdinstanties vaak bij zijn organisatie aankloppen, omdat er bij zijn organisatie expertise is op het gebied van werken met verschillende culturen. Dit is een signaal dat dit in de breedte ontbreekt. Dit gebrek aan diversiteit gaat verder dan professionals in de uitvoering. Ook op bestuurlijk en managementniveau is er een gebrek aan etnische diversiteit geven verschillende respondenten aan. Dit kan er mede voor zorgen dat deze norm in stand wordt gehouden. Dit heeft een respondent werkzaam als jeugdzorgprofessional hierover te zeggen: *“Op de werkvloer zie je wel mensen met een andere achtergrond, maar daarboven, hoe verder je naar boven klimt, hoe minder vaak je mensen met een andere achtergrond ziet. En dat is wat die witte norm ook in stand houdt. Er is een gebrek aan perspectief van mensen met een andere achtergrond.”* Daarnaast valt op aan de interviews dat de respondenten die zijn gesproken vanwege hun beleidsbepalende en/of bestuurlijke functie minder bekend zijn met het probleem van discriminatie dan ervaringsdeskundigen. Kortom: er wordt een gebrek aan kleur ervaren in de jeugdzorg en voornamelijk op bestuurlijk en beleidsniveau.

Preventieve hulp sluit niet aan op alle doelgroepen

Een jeugdprofessional gesproken voor dit onderzoek geeft aan dat de preventieve hulp die geboden wordt niet goed aansluit bij mensen met een niet-Nederlandse achtergrond of die niet-Nederlands spreken.

Daarnaast wordt er volgens deze respondent te veel uitgegaan van de geijkte plekken waar ouders komen. Dit zorgt ervoor dat ouders die hier niet komen, niet bereikt worden. Dit zien onderzoekers van KIS ook: zij zien op basis van hun literatuuronderzoek dat er een lacune is tussen algemene instellingen die (nog) geen gepast aanbod hebben voor de specifieke behoeften bij opvoeders met een migratieachtergrond (KIS, 2016). Dit heeft ertoe geleid dat het aantal migrantenorganisaties in het jeugddomein is toegenomen. Kortom: de laagdrempelige (preventieve) zorg sluit niet aan bij alle doelgroepen. Dit kan tot gevolg hebben, zoals het NJI (z.d. a) schrijft, dat gezinnen met een migratieachtergrond niet tijdig de hulp of ondersteuning krijgen die zij nodig hebben en de kans op escalatie van problemen bij deze gezinnen toeneemt. En in dat geval is er intensieve of zeer gespecialiseerde ('zwaardere') zorg nodig. Dit vormt een belangrijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van jeugdigen met een migratieachtergrond in de zwaardere jeugdzorg (NJI, z.d. a).

Dat de hulp niet altijd goed aansluit, is ook te zien in de trainingen voor pleegouders: uit een verkennend onderzoek van KIS kwam naar voren dat de procedure en trainingen om pleegouder te worden mogelijk minder (goed) aansluiten bij deze groepen (Day & Bellaart, 2015). Zo is beheersing van de Nederlandse taal volgens instellingen in veel gevallen een belangrijke voorwaarde voor het pleegouderschap. Ook kan de intensiteit van het voortraject met huisbezoeken, bureaucratische 'rompslomp' en ingewikkelde vragenlijsten mogelijk een struikelblok zijn (Day & Bellaart, 2015).

3.2.2 Maatregelen om de discriminatieproblematiek aan te pakken

De jeugdzorg kampt met grote knelpunten, aldus de SER (2021). Er zijn volgens de SER (2021) verschillende maatregelen mogelijk om deze op te lossen. De aanpak van deze knelpunten is cruciaal voor goede jeugdzorg. Als het gaat om de aanpak van discriminatie in de jeugdzorg, benoemen we hieronder maatregelen die daaraan een bijdrage zouden kunnen leveren. Deze komen bovenop, of benadrukken de al eerder genoemde maatregelen door de SER (2021) om de jeugdzorg in het algemeen in Nederland te verbeteren. Er worden al verschillende maatregelen genomen om het probleem van discriminatie aan te pakken, maar er zijn ook nog nieuwe maatregelen mogelijk, aldus de literatuur en de respondenten. Zowel de bestaande als de mogelijk nieuwe maatregelen worden hieronder beschreven.

Onderzoek naar prevalentie van discriminatie

Naar voren is gekomen dat er nauwelijks cijfers beschikbaar zijn als het gaat om discriminatie in de jeugdzorg. Belangrijk is dat er cijfers komen naar hoe vaak cliënten (jeugdigen en hun ouders) discriminatie ervaren vanuit professionals. Ook is belangrijk dat er cijfers komen over hoe vaak cliënten discriminatie ervaren vanuit andere cliënten: het gaat dan met name om jeugdigen in de residentiële jeugdzorg. Bij dit laatste zou het voor de hand liggen om vragen over discriminatie op te nemen in onderzoeken die nu worden gedaan onder jeugdigen in de residentiële jeugdzorg naar grensoverschrijdend en agressief gedrag. Discriminatie meenemen als een van de thema's zou standaard moeten worden.

Als het gaat om discriminatie tussen professionals onderling zijn er wel al cijfers van Ipsos, maar cruciaal is dat hierbij in een volgende enquête gevraagd wordt naar de etniciteit van de invuller en naar op welke grond zij gediscrimineerd zijn. Op die manier kan er zicht komen in de mate waarin er discriminatie op grond van etniciteit plaats vindt tussen professionals onderling in de jeugdzorg en de verschillen hierin in etniciteit. Ditzelfde geldt voor discriminatie vanuit cliënten en hun familie naar professionals. Door nauwkeurig in kaart te brengen wat de prevalentie is van discriminatie in de jeugdzorg ontstaat er mogelijk meer het gevoel van

urgentie in de sector om hier een aanpak voor te ontwikkelen. Tevens kan er dan nauwkeurig gemonitord worden of deze aanpakken leiden tot verbetering.

Aanpak discriminatie verankeren in beroepsprofielen

In de opleidingen die raken aan jeugdzorg is er in verschillende mate het thema discriminatie verankerd (zie kader). In sommige gevallen wordt er explicieter aandacht besteed aan de aanpak en het voorkomen van discriminatie. In andere gevallen minder expliciet, hier gaat het meer over inclusie en diversiteit. Dit geldt ook voor de beroepsprofielen die relevant zijn voor de jeugdzorg. Het gaat om de volgende:

- Intercultureel competentieprofiel voor het preventieve en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid: Hierin staat dat er kennis moet zijn over discriminatie die de jongeren ervaren. Verder wordt in dit profiel genoemd dat de professional zich bewust dient te zijn van eigen vooroordelen. Tevens wordt genoemd dat de professional praktische vaardigheden nodig heeft in het omgaan met discriminatie en dat de professional moet weten hoe te handelen bij discriminatie. Voor teamleiders staat expliciet genoemd dat deze zorgt voor een veilige sfeer en rekening houdt met de medewerkers in een minderheidspositie. Hierbij wordt expliciet genoemd dat de teamleider oog dient te hebben voor subtiele uitingen van vooroordelen, uitsluiting, discriminatie en racisme (Van de Haterd et al., 2010).
- Competentieprofiel HBO jeugd- en gezinsprofessional: Hierin staat niets vermeld over discriminatie. Er wordt wel verwezen naar het *profiel sociaal werk – jeugd* (Van Alten et al., 2017).
- Beroepsprofiel Sociaal Werker: Dit brede profiel geldt onder meer voor de jeugdzorg. In dit profiel staat dat het sociaal werk het sociaal functioneren van (kwetsbare) mensen, groepen en gemeenschappen bevordert in complexe omgevingen en in wisselwerking met die omgevingen. Kwetsbaarheden kunnen optreden in een situatie van discriminatie en daarnaast kunnen bepaalde gemeenschappen kwetsbaar zijn omdat zij gediscrimineerd worden. Daarnaast wordt benoemd dat 'onbevooroordeeld' zijn een grondhouding is die van waarde is voor de beroepsbeoefenaar. Tevens wordt 'respect voor diversiteit' benoemd als belangrijk principe voor de beroepsgroep. Hieronder wordt verstaan: uitgaan van menselijke waardigheid van iedereen, de gelijkwaardigheid van iedereen en acceptatie van dat wat er is en het tegengaan van uitsluiting op grond van etniciteit, geslacht, leeftijd, gender, religie, afkomst, verleden, gezondheid, ziekte, handicap, sociaaleconomische status, huishoudens, buurten en/of wijken (BPSW, 2022).

Momenteel is echter niet bekend in hoeverre deze verankering terugkomt in de praktijk en of er gewerkt wordt met *evidence based* kennis. ExpEx geeft aan dat er meer aandacht moet komen in de opleidingen voor hulpverleners als het gaat om de aanpak van discriminatie, het verminderen van vooroordelen, stereotypen en stigma's die betrekking hebben op mensen van kleur (Bhugwandass et al., 2020). Door meerdere respondenten in dit onderzoek wordt dit ook aangekaart. Daarnaast geven ze aan dat ze er niet zeker van zijn dat het huidige aanbod effectief is. Kortom: er kan een slag geslagen worden door een stevigere verankering van de expliciete aanpak van discriminatie in de opleidingen en beroepsprofielen en het werken met wetenschappelijk bewezen effectieve methodes/interventies.

Relevante opleidingen en de mate waarin zij aandacht besteden aan antidiscriminatie:

- Bachelor Social Work (sociaal werk – jeugd): In het landelijke opleidingsdocument voor de Social Work opleidingen staat expliciete aandacht voor discriminatie. Er staat beschreven dat professionals sociaal werk bestaande gemeenschappen dienen te versterken en daar valt onder meer onder dat ze discriminatie moeten kunnen signaleren en op basis daarvan moeten kunnen interveniëren. Verder staat er dat het onderdeel is van de basiskennis van de professional Social Work om te weten hoe ‘intermenselijke invloeden’ het sociaal functioneren belemmeren waarbij vooroordelen, discriminatie, etikettering/stigmatisering en sociaal-culturele uitsluiting expliciet worden genoemd (Vijf landelijke opleidingsoverleggen, 2017).
- HBO Pedagogiek: In het profiel voor deze opleiding is geen expliciete aandacht voor discriminatie opgenomen. Wel wordt inclusie als kernwaarde genoemd, komt inclusie op verschillende plekken aan de orde en wordt gesteld dat pedagogen oog dienen te hebben voor de diversiteit in normen en waarden in de verschillende leefsituaties en zich bewust zouden moeten zijn van de eigen subjectiviteit en de eigen normativiteit. Ook wordt genoemd dat de internationale rechten van het kind een belangrijk ijkpunt zijn voor pedagogen en hierin staat expliciet dat kinderen beschermd moeten worden tegen discriminatie (Overheid.nl, 2002).

Sterkere verankering in richtlijnen en beroepscode

In de richtlijn voor de residentiële jeugdzorg is aandacht voor discriminatie, maar dan alleen onder jeugdigen. Er staat beschreven in deze richtlijn dat voorlichting en informatie over zaken zoals pesten en discriminatie en seksueel misbruik binnen de groep van jeugdigen in de residentiële jeugdzorg nodig is. Ook staat er dat praten over onder meer discriminatie met jongeren belangrijk is, dit in het kader van de veiligheid op de groep (BPSW, NIP, NVO & NJI, 2015). Het gaat in deze richtlijnen dus niet specifiek over eventuele discriminatie of vooroordelen vanuit de professional zelf. In de ‘Beroepscode voor de jeugdzorgwerker, collectieve beroepsnormen voor de beroepsvariant’ staat niets genoemd over discriminatie, vooroordelen of stereotypen (BPSW, 2015). In het bijzonder stelt de beroepscode sociale normen. Bekend is dat sociale normen tegen discriminatie, daadwerkelijk discriminerend gedrag kunnen terugdringen (Felten & Broekroelofs, 2022). Het opnemen van expliciete normen tegen discriminatie in de beroepscode en de relevante richtlijnen zouden mogelijk dus een bijdrage kunnen leveren aan de aanpak van discriminatie in de jeugdzorg. Het is hierbij belangrijk dat deze beroepscode wordt geschreven vanuit een perspectief waarin iedereen zich kan herkennen. Volgens een respondent is dit nu namelijk niet het geval. Daarnaast is het van belang om aandacht te geven dat deze richtlijnen en beroepscode bij alle organisaties worden gehanteerd. Uit de gesprekken met respondenten komt namelijk naar voren dat er regionale verschillen kunnen zijn als het gaat om discriminatie en omgaan met andere culturen in de jeugdzorg.

Bij- en nascholing

Het is van belang dat de jeugdprofessional ruimte heeft voor scholing en eigen ontwikkeling, innovatie en vernieuwing in de manier van werken, zo stelt de SER in haar advies in 2021 over de jeugdzorg. Op het internet zijn geen specifieke cursussen/trainingen te vinden met betrekking tot discriminatie, vooroordelen

en/of stereotypen. Er is navraag gedaan bij bekende aanbieders⁹. Jeugd Professionals Nederland, het Leids Congresbureau en ZK-academie hebben hierop geantwoord en aangegeven dat zij op dit moment inderdaad geen cursussen hierover aanbieden. In een opleiding van de RINO voor GZ-psycholoog Kind en Jeugd als pilot met extra aandacht voor cultuur wordt wel gesproken over vooroordelen: gesteld wordt dat kennis over andere culturen kan leiden tot vooroordelen en dat een open houding dus belangrijk is (RINO, z.d.). Wel zijn er allerlei cursussen rondom 'cultuursensitief werken'. Daarnaast zijn er diverse handreikingen, artikelen en andere tools voor professionals over intercultureel werken door de jaren heen ontwikkeld. Sommige zijn geheel toegespitst op de jeugdzorg, anderen zijn meer algemeen (zoals de generieke module Diversiteit: zie kader). Of discriminatie aan de orde komt, is wisselend. Een voorbeeld van een handreiking waarin dit wel het geval is 'Werken met culturele diversiteit'. Deze handreiking voor professionals werkzaam bij Ouder- en Kindteams Amsterdam. In deze handreiking wordt professionals onder meer uitgelegd dat het belangrijk is om oog te hebben voor de ervaringen van discriminatie die veel ouders met een migratieachtergrond hebben (Distelbrink & Aarts, 2019). De hoeveelheid tools op het gebied van intercultureel of diversiteitsensitief werken zijn enorm. Onlangs zijn deze allemaal overzichtelijk gebundeld in *Toolbox diversiteitsensitief werken in de jeugdzorg* van KIS (zie kader). Onduidelijk is echter in welke mate jeugdzorgprofessionals gebruik maken van alle tools die er zijn en wat de effecten hiervan zijn. Een mogelijke maatregel zou dus zijn om voorkomen, signaleren en omgaan met discriminatie, vooroordelen en stereotypen een meer gangbaar onderdeel te maken van het scholingsaanbod voor jeugdzorgprofessionals. Belangrijk is dat hierbij rekening wordt gehouden met wat bekend is uit de wetenschap over wat werkt (en wat niet) in het verminderen van discriminatie, vooroordelen en stereotypen. Een overzicht hiervan is te vinden in het dossier 'wat werkt in het verminderen bij discriminatie' (Felten & Broekroelofs, 2022) en in de 'checklist voor antidiscriminatie-interventies' (Felten et al., 2022). Zie ook in het kader. Kortom: cruciaal is dus om te onderzoeken wat (a) de effecten zijn van de cursussen en interventies (tools zoals handreikingen) die zijn voor de aanpak van discriminatie die aangeboden worden aan jeugdzorgprofessionals en (b) in welke mate deze gebruikt worden. Vervolgens kan nagegaan hoe het gebruik gestimuleerd kan worden bijvoorbeeld of dit SKJ-geregistreerd kan worden. Jeugdzorg organisaties kunnen dan bijvoorbeeld personeel selecteren op basis hiervan, of dit verplicht stellen voor hun werknemers.

Generieke module Diversiteit

Een zorgprofessional is er voor alle inwoners in de gemeente/regio, dus ook voor mensen met een niet Nederlandse culturele achtergrond. Deze module helpt professionals en aanbieders van zorg om op een correcte wijze om te gaan met culturele verschillen. In de module worden tips en adviezen gegeven die een zorgverlener kan gebruiken om (beter) aan te sluiten op de persoon die het beoogd zorg te bieden. Zie hier: [1. Introductie - Diversiteit | GGZ Standaarden](#)

⁹ Het Centrum voor Educatie en Supervisie, Jeugd Professionals Nederland, Het Leids Congres Bureau, BPSW, RINO en ZK-academie.

Wat werkt om discriminatie, vooroordelen en stereotypen te verminderen in een cursus aan professionals?

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat inleving en empathie vooroordelen en stereotypen kunnen verminderen; dit kan bijvoorbeeld door het delen van ervaringsverhalen in de vorm van film, theater en het luisteren naar ervaringsverhalen (Batson & Ahmad, 2009; Galinsky & Moskowitz, 2000). Daarnaast kan ingezet worden op bewustwording van eigen (onbewuste) vooroordelen en stereotypen van de jeugdzorgprofessionals. Wanneer gemotiveerde deelnemers geconfronteerd worden daarmee, ontstaat er bewustwording en kunnen zij vervolgens leren hoe deze onbewuste vooroordelen en stereotypen te controleren en niet tot uiting te laten komen (Devine et al., 2007, 2012; Monteith et al., 2002). Dit zijn voorbeelden van aanpakken die discriminatie, vooroordelen en stereotypen bij professionals zelf kunnen verminderen. Ook kan er gedacht worden aan bijscholing waarbij professionals leren om in te grijpen als omstander van discriminatie (bij cliënten of collega's). Het gaat dan om zogenoemde 'bystander'-trainingen waarin je leert in te grijpen als omstander van discriminatie (Nelson et al., 2011). Deze trainingen laten veelbelovende resultaten zien (Coker et al., 2011; Haynes-Baratz et al., 2021; Jouriles et al., 2018).

Zie: [het wat werkt dossier 'discriminatie verminderen'](#)

Preventieve hulp laagdrempeliger maken

Zoals beschreven sluit de preventieve (jeugd)hulp niet altijd goed aan bij alle doelgroepen. Een aanbeveling is ervoor te zorgen dat dit beter aansluit. Pharos (2019) heeft een overzicht gemaakt van de mogelijkheden om de preventieve jeugdzorg beter te later aansluiten op ouders met een migratie- en vluchtelingenachtergrond: zij verwijzen naar programma's die hiervoor zijn opgericht in de praktijk en geven en aantal tips zoals ouders opzoeken op de plekken waar ze al komen, de inzet van huisarts, het consultatiebureau en de school en inlooppunt dat tot stand wordt gebracht in samenspraak met migrantengezinnen en met medewerkers die zelf ook een migratieachtergrond hebben (Pharos, 2019). Op basis van onderzoek van KIS wordt tevens aangeraden om samenwerking aan te gaan met eigen voorzieningen vanuit migrantengemeenschappen: denk hierbij aan lotgenotencontact, opvoedondersteuning, internaat, Koranschool, islamitische scholen en kinderopvang (Day et al., 2016). In hoeverre dit in de praktijk gebeurt is niet duidelijk.

Goede meld- en klachtenprocedure

De SER (2021) heeft de minister van VWS geadviseerd om de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen een besluit en het inschakelen van een vertrouwenspersoon beter onder de aandacht te brengen bij cliënten in de jeugdzorg, namelijk jongeren en hun ouders. Daarnaast is het belangrijk dat mensen die een melding willen maken van discriminatie zich kunnen herkennen in de klachtbehandelaar, dus dat de klachtbehandelaar ervaringskennis/-deskundigheid heeft op dit gebied (Kros et al., 2022). Essentieel voor het goed laten functioneren van een meld- en klachtenprocedure is dat discriminatie herkend en als zodanig erkend wordt. Immers als iemand niet weet wat het is, kan er ook geen melding over gemaakt worden. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat wanneer gedupeerden niet zeker weten of er sprake is van (strafbare) discriminatie zij daarom geen melding maken hiervan (Ens, 2016). Nu komt het volgens respondenten die werkzaam zijn bij een organisatie die zich inzet voor de rechten van kinderen weleens voor dat dit gedrag onder pesten wordt geplaatst. Meerdere respondenten geven daarnaast aan dat dit in de

jeugdzorg lastig is, omdat het veelal draait om meer verborgen subtiele vormen van discriminatie, zoals micro-agressies of het hanteren van een 'witte Westerse norm'.

Wanneer de meld- en klachtenprocedures in jeugdzorginstellingen (beter) op orde zijn, kunnen klachten met betrekking tot discriminatie beter opgepakt worden. Daarnaast is het te adviseren om bij de meldingen en klachten die worden geregistreerd, wanneer die er is, het discriminatoire aspect mee te nemen. Hiermee kan de omvang, die nu niet goed zichtbaar is, beter in beeld worden gebracht. SBI formaat, een kennisorganisatie voor onder meer medezeggenschap in organisaties, stelt dat een goed meldbeleid het volgende inhoudt: meldregeling op intranet en website, leiding draagt belang van melden en van goed omgaan met meldingen en melders actief uit, open cultuur waarin ruimte is voor tegenspraak, meldregeling wordt belangrijk gevonden en laagdrempelig gemaakt, meldingen worden serieus genomen en zorgvuldig opgepakt, daadwerkelijke bescherming melder tegen benadeling en eventuele betrokkenen, adequaat, onafhankelijk intern onderzoek, regelmatige training en voorlichting en evaluatie (Daems, 2018). Zie [hier](#) voor meer aanbevelingen voor het inrichten van een klacht-/meldorgaan voor discriminatie, zodat het aansluit bij de behoeften van degene die discriminatie heeft ervaren.

Protocollen, risicotaxaties en plannen

Zowel als het gaat om de discriminatie vanuit cliënten als bij de discriminatie van cliënten onderling zou het voor de hand liggen om protocollen te ontwikkelen over wat er gedaan zou moeten worden wanneer dit wordt gesignaleerd. Dit wordt aanbevolen in KIS onderzoek over discriminatie vanuit cliënten in de zorg. Aangeraden wordt om heldere protocollen te ontwikkelen die geraadpleegd kunnen worden bij incidenten (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Hierin zou onder meer aandacht moeten zijn voor de vraag wanneer een cliënt wordt overgedragen aan een andere zorgverlener in verband met discriminatie vanuit de cliënt. Hierbij moeten uiteraard ook de wensen van de zorgmedewerker en niet alleen de wensen van de patiënt/cliënt meegenomen worden (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Ook bij discriminatie dat plaatsvindt bij cliënten onderling is het aan te bevelen om te werken met protocollen. Het gaat niet om het ingrijpen op het moment zelf, maar ook om preventief werken door een risico-inventarisatie en risicotaxatie uit te voeren om inzicht te krijgen in de mogelijke risico's. Op basis hiervan kunnen er afspraken worden gemaakt om de veiligheid te bewaren (NJI, z.d. c). Wanneer er grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt dan wordt er aangeraden om een veiligheidsplan op te stellen waarin zowel aandacht is voor wat de betreffende jeugdige nodig heeft als voor wat de andere jeugdigen in de leefgroep nodig hebben. Op de site [Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming](#) wordt hiervoor verwezen naar verschillende methodieken (NJI, z.d. c). Onbekend is in hoeverre er al protocollen, risicotaxaties en plannen worden gehanteerd door jeugdzorginstellingen om discriminatie te voorkomen en tegen te gaan. Dit is nog niet onderzocht. Wel is bekend dat bijvoorbeeld in het jaarplan van Jeugdzorg Nederland er geen specifiek thema is dat zich richt op discriminatie. In dit jaarplan wordt wel ingezet op het thema diversiteit en cultuursensitiviteit. Een mogelijk verbeterpunt is dus het expliciet toevoegen van het thema discriminatie.

Verankering in beleid van organisaties

Uit de internationale literatuur komt naar voren dat het in de aanpak van institutionele vormen van discriminatie, belangrijk is om deze aanpak te verankeren in beleid (Griffith et al., 2007; Hassen et al., 2021). In de Nederlandse context werd in lijn daarmee in 2012 door het Verwey-Jonker Instituut aangeraden om aandacht voor diversiteit te verankeren in het beleid van de organisaties voor jeugdzorg. Volgens dit advies zou dit onder meer bewerkstelligd kunnen worden door jeugdzorginstanties hier tot aan te zetten. Hierin

kunnen brancheorganisaties en de gemeente, aangestuurd door de Rijksoverheid, een belangrijke rol in spelen (Gilsing et al., 2012). Eenzelfde werkwijze, dus een antidiscriminatiebeleid verankeren in de organisatie, zou denkbaar kunnen zijn in de aanpak van discriminatie.

Vrij zijn in Arnhem

In het actieplan 'Vrij zijn in Arnhem' heeft de gemeente opgenomen dat het gaat onderzoeken in hoeverre zij bij nieuwe overeenkomsten die ze sluiten met samenwerkingspartners een aantoonbaar antidiscriminatiebeleid voor die organisatie kunnen eisen, zie [hier](#).

Zeggenschap jeugdigen versterken

Door de jongeren en hun familie te betrekken bij het hulpplan en hun zeggenschap te geven hierover kan er achterhaald worden of er in dit plan sprake is van discriminatie. Nu ontbreekt dat en is het lastig te achterhalen of er bijvoorbeeld wordt uitgegaan van vooroordelen en stereotype beelden die over iemands cultuur hangen. Daarnaast is het aan te bevelen dat de jongeren die te maken hebben met discriminatie meer betrokken worden bij maatregelen en ondersteuning die hiervoor nodig zijn. Dit wordt namelijk geconcludeerd door het Verwey-Jonker Instituut wanneer het gaat om geweldsincidenten. Mogelijk dat dit ook kan bijdragen aan de aanpak van discriminatie. Het gaat erom om het perspectief en de ervaringskennis van de jongeren mee te nemen, zodat het beter aansluit (Lünneman et al., 2021). Ook de SER (2021) raadt aan om de jeugdige en zijn of haar ouders beter in staat te stellen om echt mee te praten. In een publicatie van Stichting Zwerfjongeren Nederland (2012) in samenwerking met United Voices (het landelijk platform voor en door dak- en thuisloze jongeren), Movisie en Het projectenbureau en gefinancierd door ZonMw, staat beschreven hoe de inspraak van jeugdigen in instellingen verbeterd kan worden.

Verantwoording afleggen

Door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de recent ingestelde Jeugdautoriteit (JA) wordt er toezicht gehouden op de jeugdzorg (SER, 2021). De bedoeling is dat de IGJ met name kijkt naar de kwaliteit van de zorg. In het werkplan van de IGJ van 2022 komt niet naar voren dat discriminatie een thema is bij de inspectie van de kwaliteit van de jeugdzorg. Wel staat er dat diversiteit en inclusie een aandachtspunt is in het eigen personeelsbestand. De Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme (NCDR) heeft aangekondigd dat in het kader van het tegengaan van institutionele discriminatie het van groot belang is dat bestaande overheidsinspecties hier zicht op hebben in hun inspectiedomein. En waar nodig in staat is om te handhaven. Hiervoor wordt een algemene handreiking voor inspecties ontwikkeld, zo stelt de NCDR (2022) in het eigen actieplan. Dat controle vanuit de inspectie zou kunnen helpen, komt ook voort uit de internationale literatuur over 'verantwoording afleggen' (Griffith et al., 2007; Lerner & Tetlock, 1999). Dat betekent dat een organisatie moet kunnen aantonen dat zij eerlijke processen hanteren die er niet toe leiden dat groepen mensen op basis van hun afkomst, religie of huidskleur (bedoeld of onbedoeld) benadeeld kunnen worden. Uiteraard gaat het dan niet om het afleggen van verantwoording aan een collega of bekende, maar aan een autoriteit van buitenaf, zodat er ook consequenties aan te verbinden zijn. Denk bijvoorbeeld aan een inspectie. Uit onderzoek naar de aanpak van institutioneel racisme in Nederland door KIS blijkt dat dit kan werken om institutionele vormen van discriminatie terug te dringen (Felten et al., 2021; Felten & Broekroelofs, 2022). Wanneer organisaties regelmatig verantwoording afleggen aan een

onafhankelijke organisatie over hoe zij discriminatie aanpakken, zou er een mogelijkheid moeten zijn om die organisaties daarvoor te belonen: dit wordt ook wel 'naming & faming' genoemd (Utting, 2003). 'Naming & faming' is een interessante optie omdat het verschillende dingen tegelijkertijd doet. Het stelt ten eerste een sociale norm (het laat zien wat het goede voorbeeld is). Ten tweede vraagt het om een vorm van verantwoording over wat organisaties goed hebben gedaan (Felten et al., 2019). Een andere optie is 'naming & shaming' (Visser & Felten, 2018). Dit betekent dat een organisatie of een sector, openlijk wordt bekritiseerd voor gedrag dat niet past bij de sociale normen en/of wetgeving. Onderzoeken over het effect van 'naming & shaming' richten zich met name op maatschappelijk ondernemen of specifieke arbeidsomstandigheden. Deze onderzoeken laten zien dat 'naming & shaming' effect kan hebben wanneer deze organisaties afhankelijk zijn van hun reputatie (Visser & Felten, 2018).

Representatie en diversiteit in alle lagen van de jeugdzorg

Voor een diverse organisatie (= een organisatie met een divers personeelsbestand) is het cruciaal dat discriminatie wordt voorkomen in werving en selectie en op de werkvloer. Arbeidsmarktdiscriminatie is uiteraard niet een specifiek probleem van de jeugdzorg, maar speelt in heel Nederland (Thijssen et al., 2022; Quillian & Lee, 2023). Cruciaal om dit tegen te gaan is dat er evidence based aanpakken worden ingezet in allereerst de werving en selectie: onder meer objectief werven en selecteren in wetenschappelijk bewezen methode om dit probleem aan te pakken (Felten, 2022a; Hulsegge et al., 2020). Tevens moet er ook ingezet worden op discriminatie tegengaan op de werkvloer: onder meer omstandstrainingen en objectief promoties organiseren, kunnen hiervoor zorgen (Felten, 2022b). Het trainen van omstanders, zodat zij ingrijpen wanneer ze discriminatie zien, sluit aan bij wat verschillende ervaringsdeskundigen beschreven: professionals grijpen niet in wanneer andere professionals discrimineren, waardoor dit het discriminerende gedrag kan versterken.

Weerbaarheid jongeren

De jongeren die te maken hebben met jeugdzorg zijn veelal kwetsbare jongeren met een complexe thuissituatie. Een respondent uit de focusgroep zegt daarom: *"Als je de jongeren zou willen helpen, moet je ze weerbaarder maken en durven te laten spreken."* Dit wordt door de andere respondenten uit de focusgroep beaamd. Door jongeren weerbaarder te maken, kunnen zij beter omgaan met discriminatie ervaringen. Het weerbaar maken van de jongeren zal de jongeren ook ondersteunen in situaties buiten de jeugdzorg en in hun verdere leven. Dat het weerbaar maken van jongeren belangrijk is, komt ook naar voren uit de literatuur. Discriminatie tast namelijk de mentale gezondheid van jeugdigen ernstig aan (Cave et al., 2020; Priest et al., 2013). In een literatuuronderzoek van KIS wordt geconcludeerd dat het weerbaar maken tegen discriminatie en in het bijzonder het versterken van de eigen identiteit, de nadelige gevolgen van discriminatie ervaringen voorkomen of verminderen (Meijer et al., 2022). Bij weerbaarheid gaat het om een positieve identiteit, zelfvertrouwen, zelfregie, reflectief vermogen, sociale vaardigheden en inzicht in discriminatie en stigmatiseringsprocessen (Meijer et al., 2023). Met een positieve identiteit wordt bedoeld een positieve etnische identiteit: dit beschermt tegen de gevolgen van discriminatie (Rivas-Drake et al., 2014; Yip et al., 2019). Dit sluit aan bij wat verschillende ervaringsdeskundigen benoemden in de focusgroep. Door de discriminatie die zij hebben ervaren in de jeugdzorg hadden zij problemen met hun (etnische) identiteit. Daarom is het belangrijk dat hierop wordt ingezet in de jeugdzorg. Ook de psychologische vaardigheid om met problemen om te gaan, heeft invloed. Uit een studie blijkt dat wanneer jongeren over deze vaardigheden beschikken het racisme die zij ervaren minder invloed heeft op hun

schoolprestaties (Fernandez, & Benner, 2022). Kortom: het weerbaar maken van jongeren kan bijdragen om op een juiste manier om te gaan met de ervaren discriminatie.

Maatwerk

Het is belangrijk om maatwerk te bieden aan de jongeren die worden verzorgd/ondersteund/begeleid en rekening te houden met het individu. Dit sluit aan bij wat beschreven staat in het interculturele competentieprofiel voor het jeugdbeleid: inzicht in de cultuur en geschiedenis van minderheidsgroepen wordt enerzijds vaak gezien als vereiste maar tevens moet stereotiep denken worden vermeden als ik 'bij een Marokkaanse moeder moet je altijd X doen, bij een Kaapverdise jongen doe je altijd Y' (Van de Haterd et al., 2010). In dit competentieprofiel wordt daarom aangeraden om enige inhoudelijke achtergrondkennis te hebben maar ook altijd te vragen naar de individuele situatie, waarden en wensen van een cliënt (Van de Haterd et al., 2010). Dit is ook in lijn met de tips die Pharos geeft aan professionals over het werken met gezinnen met een migratie-en vluchtelingenachtergrond: enerzijds wordt benadrukt dat men weet moet hebben van verschillen in culturen en anderzijds wordt benadrukt dat stereotiep denken voorkomen moet worden en men vooral nieuwsgierig en zich open op moet stellen naar de persoon die tegenover hen zit (Bouteh & De Haan, 2019).

3.3 HANDHAVING, RECHTSBESCHERMING, BELEID EN WETGEVING DOOR DE NATIONALE OVERHEID

We zijn op zoek gegaan naar wetten, regels en beleid die door de nationale overheid zijn opgesteld om discriminatie in de jeugdzorg tegen te gaan en wat die overheid doet om dit te handhaven.

Wetgeving

De Jeugdwet regelt alle zorg voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar (Regelhulp.nl, z.d.). In deze wet staats niets vermeld over discriminatie of aanverwante thema's zoals vooroordelen of stereotypen. Wel staat in paragraaf 4.2.1 van de Jeugdwet dat iedere jeugdzorginstelling een klachtenregeling moet hebben en dat de mensen die deze klachten behandelen onafhankelijk moeten zijn van het college, de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling waarmee de jeugdige, zijn ouders of zijn pleegouders te maken hebben (Overheid.nl, 2023).

Handhaving

Als het gaat om kwaliteitsbewaking dan staat in de Jeugdwet dat organisaties die jeugdhulp en jeugdbescherming bieden voor bepaalde werkzaamheden een professional moeten inzetten die is geregistreerd bij het Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Een professional die SKJ-geregistreerd is, kan worden ingezet voor risicovolle en complexe handelingen. Deze registratie indiceert dat een professional bekwaam is in het vak dat die uitvoert. Deze registratie is echter niet voor iedereen verplicht die werkt als jeugdprofessional. Deze verplichting geldt alleen voor hbo- en wo-opgeleide professionals die werken in specifieke situaties, welke zijn beschreven in het Afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling (SKJ, z.d.). Het is voornamelijk van toepassing op de jeugdhulp en de jeugdbescherming en op een aantal organisaties van justitie, zoals de justitiële jeugdinstanties (JJI's), de Bureaus HALT, de Raad voor de

Kinderbescherming en Stichting Nidos (Jeugdzorg werk, z.d.). Professionals die niet aan deze eisen voldoen en bijvoorbeeld beschikken over een mbo-opleiding of een niet-afgeronde hbo- of wo-opleiding, moeten een EVC-traject doorlopen. Als dat met succes wordt doorlopen, ontvangen zij vervolgens een branche-certificaat waarmee zij zich kunnen inschrijven in het Kwaliteitsregister Jeugd (Jeugdzorg Nederland et al., 2018). In dit EVC-traject staan verder geen eisen op het gebied van het signaleren of omgaan met discriminatie, vooroordelen of stereotypen.

Rechtsbescherming

Het is onduidelijk in hoeverre jeugdigen en ouderen die discriminatie hebben ervaren in de jeugdzorg hiervan melding maken of een klacht indienen bij antidiscriminatiebureaus, de politie, het College voor de Rechten van de Mens of de (Kinder)ombudsman. In het rapport over de discriminatiecijfers van 2021 komt niets specifiek naar voren met betrekking tot de jeugdzorg (Walz & Fiere, 2022). Wel wordt de zorg een paar keer genoemd in de zin dat het College en de ADV's hier meldingen over ontvangen (Walz & Fiere, 2022). Onduidelijk is hoeveel hiervan betrekking heeft op de jeugdzorg. Navraag bij een antidiscriminatievoorziening laat zien dat jongeren zelf een melding kunnen maken bij een antidiscriminatievoorziening. Maar onbekend is of dit ook gebeurt. Het rapport over de discriminatiecijfers in 2022 meldt ervaren discriminatie bij jeugdzorginstellingen in verband met woonwagengebieden: klagers geven aan dat ze zich gestigmatiseerd voelen en niet voldoende serieus worden genomen (Walz & Fiere, 2023).

Beleid

Er is geen beleid gevonden vanuit de nationale overheid ten aanzien van het verminderen van discriminatie in de jeugdzorg. In het verleden is er wel beleid geweest met betrekking tot interculturalisatie van de jeugdzorg. Zo was er in 2010 een ZonMw-programma 'Diversiteit in het jeugdbeleid' gericht op het duurzaam verbeteren van de interculturele kwaliteit van de jeugdzorg (Overheid.nl, 2011). De resultaten hiervan zijn onder meer verschillende interventies geweest in de praktijk gericht op het bereiken van ouderen met een migratieachtergrond en het aanpassen van bestaande interventies (ZonMw, 2012). Ook zijn er trainingen ontwikkeld voor professionals, zoals 'Werken met migrantengezinnen' (ZonMw, 2012). In dit programma was er geen expliciete aandacht voor de aanpak van discriminatie. Tevens is onduidelijk in hoeverre de interventies, trainingen en andere uitkomsten van dit programma anno 2023 nog gebruikt worden.

3.4 DEELCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de interviews met respondenten stellen we dat discriminatie, op grond van etniciteit (ofwel 'ras' zoals het genoemd wordt in de Grondwet), op verschillende manieren kan voorkomen in de jeugdzorg. Er kan sprake zijn van discriminatie in de interpersoonlijke communicatie (van de professionals naar de cliënt, van de cliënt naar de professional, tussen cliënten onderling, tussen professionals onderling) en op institutioneel niveau. Bij dit laatste gaat het om de over- en ondervertegenwoordiging van etnische groepen jeugdigen in bepaalde segmenten van de jeugdzorg. Maar ook om het bieden van (preventieve) hulp en het gebruik maken van diagnose-instrumenten die niet (altijd) goed aansluiten bij jeugdigen en hun ouders met een migratieachtergrond.

De grondslag van de discriminatie die wordt ervaren, ligt voornamelijk in de negatieve vooroordelen en de stereotype beelden die er heersen over bepaalde groepen mensen, een gebrek aan kennis over hoe om te gaan met mensen van verschillende culturen en een gebrek aan een divers perspectief op bestuurlijk niveau en in beleid. Daarnaast biedt de jeugdzorg vaak geen goed klimaat en geen goede voorwaarden om discriminatie aan te kaarten: professionals staan onder grote druk, er is veelal een ongelijke machtsverhouding tussen cliënt en professional en ook zijn de meld- en klachtenprocedures niet altijd op orde.

Er kan dus geconcludeerd worden dat er in de gehele jeugdzorg meer aandacht mag komen voor antidiscriminatie. We geven de volgende aanbevelingen:

1. Explicietere aandacht voor antidiscriminatie in het beroepsprofiel, de richtlijnen en in de beroepscode. Het gaat om aandacht voor discriminatie op verschillende niveaus; interpersoonlijk (van de professionals naar de cliënt, van de cliënt naar de professional, tussen cliënten onderling, tussen professionals onderling) en institutioneel. Hierin ligt een taak voor onder meer de beroepsvereniging waar de jeugdzorgmedewerkers onder vallen en de branchevereniging van de jeugdzorg.
2. Onderzoek naar in hoeverre en op welke manier toekomstige jeugdzorgmedewerkers worden opgeleid met betrekking tot discriminatie. In hoeverre en op welke manier worden er bijvoorbeeld (evidence based) modules ingezet om vooroordelen en stereotypen onder studenten te verminderen? En in hoeverre en op welke manier leren studenten institutionele vormen van discriminatie herkennen? Wanneer blijkt dat dit onvoldoende in de opleidingen is geïntegreerd, kan een traject worden opgesteld om dit beter in de opleidingen te borgen. Deze taak zou kunnen worden uitgevoerd door kenniscentra, universiteiten, onderzoeksbureaus of lectoraten en de landelijke overheid kan hierin mogelijk een stimulerende en faciliterende rol spelen.
3. Antidiscriminatie expliciet opnemen in het aanbod qua bij- en nascholing. Belangrijk is dat er geaccrediteerde cursussen komen over discriminatie verminderen in de jeugdzorg en dat deze cursussen gebaseerd worden op *evidence based* kennis over wat werkt om discriminatie, vooroordelen en stereotypen te verminderen (zie Felten & Broekroelofs, 2022). Hierin ligt dus een belangrijke taak voor de aanbieders van geaccrediteerde cursussen voor jeugdzorgmedewerkers. Mogelijk kan de landelijke overheid hierin een stimulerende en faciliterende rol spelen.
4. Onderzoek naar de reikwijdte en het effect van intercultureel of diversiteitssensitief werken in de jeugdzorg. Het gaat om vragen zoals: in hoeverre worden de bestaande tools toegepast in de praktijk? Wat is het effect daarvan? En in hoeverre is antidiscriminatie hier een expliciet onderdeel van? Ook deze taak zou kunnen worden uitgevoerd door kenniscentra, universiteiten, onderzoeksbureaus of lectoraten en de landelijke overheid kan hierin mogelijk een stimulerende en faciliterende rol spelen.
5. Antidiscriminatie nadrukkelijk opnemen in het beleid van jeugdzorginstanties. Belangrijk is dat instellingen hierbij ondersteuning krijgen (bijvoorbeeld van kenniscentra met expertise hierop), dat het beleid gebaseerd wordt op *evidence based* kennis over wat werkt tegen discriminatie (zie Felten & Broekroelofs, 2022) en dat de voortgang van het beleid wordt gemonitord en gecontroleerd, zoals door middel van het afleggen van verantwoording aan bijvoorbeeld de landelijke overheid, de inspectie voor de Gezondheidszorg of de branchevereniging voor de jeugdzorg.
6. Inzetten op een meer divers personeelsbestand in de jeugdzorg en in het bijzonder aan de top van organisaties. Cruciaal is dat hiervoor evidence based interventies worden ingezet. Mogelijk kunnen branchevereniging en de SER hierin een rol spelen.

7. Beter ondersteuning van (mogelijk) gedupeerden van discriminatie. Dit kan in de vorm van een beter aansluitend meld-/klachtenprocedure, maar ook door de zeggenschap van de jeugdigen te vergroten in de jeugdzorg. Mogelijk kunnen de lokale en landelijke overheid dit proces binnen jeugdzorginstellingen faciliteren.
8. Een aanbod ontwikkelen voor het vergroten van de weerbaarheid van jeugdigen in het omgaan met de discriminatie die zij tegenkomen, waar mogelijk in samenwerking met ervaringsdeskundigen uit de jeugdzorg.
9. Onderzoek naar de prevalentie van discriminatie in de jeugdzorg op interpersoonlijk niveau: dus van de professionals naar de cliënt, van de cliënt naar de professional, tussen cliënten onderling, tussen professionals onderling. Hierbij is het cruciaal dat er wordt gevraagd naar de discriminatiegronden en er in beeld wordt gebracht welke (culturele) groepen medewerkers en cliënten het meest te maken krijgen met discriminatie. Door onderzoek hiernaar wordt de urgentie mogelijk duidelijker, waardoor er aanpakken worden ontwikkeld en dan kan via monitoring worden nagegaan of die aanpakken daadwerkelijk leiden tot verbetering. Net als taak 4 zou deze taak kunnen worden uitgevoerd door kenniscentra, universiteiten, onderzoeksbureaus of lectoraten en de landelijke overheid kan hierin mogelijk een stimulerende en faciliterende rol spelen.
10. Onderzoek naar discriminatie in de jeugdzorg op institutioneel niveau: belangrijk is dat nauwkeurig in beeld wordt gebracht welke processen, beleid en (geschreven en ongeschreven) regels in jeugdzorginstellingen leiden tot ongelijkheid op grond van etniciteit. Het gaat onder meer om de diagnose instrumenten en type hulp/behandelingen die worden gebruikt. Ook hier geldt dat deze taak zou kunnen worden uitgevoerd door kenniscentra, universiteiten, onderzoeksbureaus of lectoraten en de landelijke overheid kan hierin mogelijk een stimulerende en faciliterende rol spelen.

4 /DISCRIMINATIE VAN ZORGPERSONEEL DOOR PATIËNTEN/CLIËNTEN

Auteurs: Mariam Badou, Charifa Zemouri, Ruth Yohannes & Onno de Zwart

Naast het voorkomen van discriminatie bij de belastingdienst, de politie, in het onderwijs, op de arbeidsmarkt en woningmarkt, is ook de zorg niet vrij van discriminatie van personen op basis van kenmerken zoals aangegeven in artikel 1 van de Nederlandse grondwet. Discriminatie in de zorg kan verschillende kanten op werken: tussen zorgverleners, van zorgverlener naar patiënt en van patiënt naar zorgverlener. Ook hier kan de discriminatie impliciet, expliciet of institutioneel zijn. Het ervaren van discriminatie kan leiden tot verslechtering van de kwaliteit van leven, carrièreproblemen, mentale klachten, burn-out, afzondering, uitsluiting en verlies aan inkomen of werk voor zowel patiënten die discriminatie ervaren als zorgpersoneel (Esmail 1993; Henry 2007; Loss 2020).

Er zijn verschillende studies verricht naar discriminatie van zorgpersoneel op basis van etniciteit (afkomst, huidskleur), sekse, seksuele geaardheid of leeftijd (Hamed, 2022). Zorgmedewerkers die behoren tot een etnische minderheid in een land, krijgen vaker met discriminatie te maken op het werk dan collega's die behoren tot de etnische meerderheid (Ahlberg 2022). De meeste studies naar discriminatie op basis van afkomst komen uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Discriminatie op grond van religie en migratieachtergrond is nog onderbelicht (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021).

4.1 PROBLEEMBESCHRIJVING

Dit hoofdstuk is gewijd aan discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten op basis van migratieachtergrond en daaraan gerelateerde aspecten zoals huidskleur en religie. De specifieke aandacht hiervoor is mede het gevolg van de toename aan discriminatie op basis van huidskleur, migratieachtergrond en godsdienst (waar het veelal gaat om uiterlijke kenmerken van godsdiensten, wat in de praktijk vaak gerelateerd lijkt aan de islam, hoewel dit ook gerelateerd kan zijn aan bijvoorbeeld het dragen van een tulband of een keppeltje) (RTV Rijnmond 2020). Dit hoofdstuk beschrijft de kenmerken van discriminatie (impliciet, expliciet en institutioneel) van patiënten naar zorgverleners, welke mechanismen discriminatie in stand houden of faciliteren en welke eventuele maatregelen te nemen zijn om discriminatie te bestrijden. Dit doen we op basis van een literatuurstudie aangevuld met interviews.

4.1.1 Aard van het probleem

Uit kwalitatief onderzoek van KIS onder 12 zorgmedewerkers en 4 leidinggevendenden over hun ervaringen met discriminatie en vooroordelen, geuit door patiënten of cliënten, komt naar voren dat discriminatie door patiënten en cliënten voorkomt in ziekenhuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en ouderenzorg. Uit dit verkennend onderzoek blijkt dat nagenoeg alle respondenten meerdere incidenten van discriminatie en vooroordelen hebben meegemaakt. De discriminerende uitingen worden gelinkt aan

uiterlijke kenmerken zoals huidskleur of het dragen van een hoofddoek. De discriminatie neemt verschillende vormen aan zoals de deskundigheid van de zorgverlener in twijfel trekken, niet aangeraakt willen worden door de zorgverlener of geweigerd worden als zorgverlener (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Uit kwalitatief onderzoek naar discriminatie van zorgverleners door cliënten in de Rotterdamse ouderenzorg van IDEM komen vergelijkbare verhalen naar voren: ook hier blijkt dat zorgverleners met een migratieachtergrond regelmatig discriminatie ervaren door cliënten en/of naasten van cliënten. En ook hier gaat het met name om zorgverleners die een hoofddoek dragen of een donkere huidskleur hebben: zij worden onder meer regelmatig afgewezen door cliënten. Soms worden zorgverleners al bij een kennismaking geweigerd door cliënten. In zorginstellingen worden zorgverleners soms ook weggestuurd uit de kamer door cliënten, ze krijgen beledigende opmerkingen of hun deskundigheid wordt in twijfel getrokken (Van der Tuin & Fiere, 2022).

4.1.2 Prevalentie discriminatie

Uit de literatuurstudie blijkt dat er slechts beperkt kwantitatief onderzoek in Nederland is gedaan naar de omvang van discriminatie door patiënten/cliënten tegenover zorgverleners. Er is één kwantitatieve studie bekend (Ipsos, 2021). Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar uit registratiesystemen, onder andere omdat de afkomst van personen niet wordt vastgelegd in databases. Als een incident gemeld wordt als agressie of discriminatie, is het onduidelijk welke rol discriminatie daadwerkelijk speelt. Er is een gebrek aan representatieve prevalentiecijfers over discriminatie van hulpverleners door patiënten/cliënten in Nederland. Tot op heden zijn er alleen gegevens beschikbaar vanuit een onderzoek naar agressie en ongewenst gedrag, uitgevoerd door Ipsos in opdracht van PGGM&CO en het ministerie van VWS (2021), aangevuld met informatie van KIS (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021) en Radar (Van der Tuin & Fiere, 2022). Op landelijk niveau, blijkt uit onderzoek in 2021 en 2022, was de meest geregistreerde vorm van discriminatie op basis van herkomst (Walz, 2022; Walz, 2023), gevolgd door seksuele oriëntatie en handicap of chronische ziekte. Alhoewel discriminatie op basis van godsdienst tussen de 3% en 7% van de meldingen was, was de meerderheid van de discriminatiemeldingen (tussen de 67% bij de politiemeldingen en 79% bij de meldingen bij antidiscrimatievoorzieningen) tegen moslims en tegen vrouwen met een hoofddoek (BZK, 2022). Zoals gezegd, is het onderzoek van Ipsos uit 2021 tot zover het enige dat discriminatie van zorgverleners kwantificeert. Ipsos vroeg de respondenten naar hun ervaring met discriminatie in de afgelopen 12 maanden. In totaal gaf 19% van de respondenten aan discriminatie te hebben ervaren door patiënten of cliënten; het is hierbij onduidelijk welk percentage van deze groep een migratieachtergrond heeft of moslim is; mogelijk dat onder deze groepen deze 19% dus hoger is. Als deze 19% wordt uitgesplitst, zegt 2% dat discriminatie vaak voorkomt en 17% een enkele keer. Daarnaast gaf 11% aan discriminatie te hebben ervaren door familie, vrienden of bezoekers van patiënten/cliënten, 10% zegt dat dit een enkele keer betrof (Ipsos, 2021). Andere veel voorkomende vormen van agressie en ongewenst gedrag waren verbale agressie: 67% rapporteert dit voor cliënten en 37% voor familie, vrienden of bezoekers van cliënten. De GGZ was de sector waarin het hoogste percentage van discriminatie door cliënten werd gerapporteerd, 30%. Prevalentie van ervaren discriminatie vanuit patiënten/cliënten of vanuit hun familie, vrienden en bezoek staan gestratificeerd per sector in tabel 1. Aanvullend op de Ipsos cijfers zijn er enige data beschikbaar uit de ouderenzorg. Recent heeft Radar een enquête uitgezet onder zorgverleners in de ouderenzorg. Deze vragenlijst is ingevuld door 45 zorgverleners in Rotterdam die wel eens discriminatie hebben ervaren door een cliënt en/of door naasten van een cliënt en waarvan de meeste in de thuiszorg werken (60%) en

waarvan het merendeel werkzaam is als huishoudelijke hulp (40%) (Van der Tuin & Fiere, 2022). Het gaat hierbij om zorgverleners in de thuiszorg en in zorginstellingen.

Tabel 1: door zorgverleners gerapporteerde ervaren discriminatie vanuit cliënten en hun familie, vrienden of bezoek (Ipsos 2021, bewerking tabel type agressie of ongewenst gedrag per branche, pag. 14).

Sector	Cliënten	Familie, vrienden, bezoek
Zorg en welzijn	19%	11%
UMC	22%	16% (*)
Ziekenhuizen	17%	12%
GGZ	30% (*)	13%
Huisartsenzorg	19%	14% (*)
VVT	18%	10%
Gehandicaptenzorg	20%	8%
Jeugdzorg	26%	13%
Sociaal werk	25%	12%
Ambulancezorg	19%	19%*

(*) significant hoger dan totale sector zorg en welzijn

Buitenlands onderzoek

Er zijn diverse buitenlandse studies verricht naar de prevalentiecijfers aan ervaren discriminatie van zorgverleners. Een studie verricht onder zorgverleners in Duitssprekend Zwitserland in 2015-2016 (Stahl-Gugger, 2020) wijst het volgende uit: ervaren discriminatie op basis van etniciteit was 21% onder verpleegkundigen en verloskundigen en 24% onder artsen en medische specialisten. Ook in Duitsland en de Verenigde Staten rapporteren onderzoekers dat zorgpersoneel voornamelijk discriminatie meemaakt op basis van etniciteit (Serafani 2020; Yolci 2022). In deze studie hadden verpleegkundigen significant vaker te maken met discriminatie dan artsen. In de Duitse studie rapporteerden de zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, specialisten) dat van alle discriminatie incidenten 67.7% vanuit de patiënt komt. De meest gerapporteerde discriminatiegronden waren geslacht van de zorgverlener (57.4%), etniciteit (25.9%), uiterlijk voorkomen (25%), en leeftijd (22.2%).

In de meest recente survey van The British Medical Association (BMA, 2022) heeft 76% van de artsen met een migratieachtergrond discriminatie meegemaakt vanuit patiënten/cliënten en collega's. De British Islamic Medical Association (BIMA) heeft middels een survey gemeten dat 80% van het islamitische NHS-personeel discriminatie heeft ervaren door patiënten (Tahir, 2022), wat dicht op de BMA-cijfers ligt.

Uit een Franse studie verricht onder jonge artsen kwam naar voren dat vrouw-zijn een factor was voor discriminatie en daarmee verhoogde kans op depressie en angststoornissen (Duba 2020). Vervolgens werd discriminatie op basis van geaardheid gevonden als significante factor voor depressie en angststoornissen. Wanneer de persoon een vrouw en queer was, was de kans nog hoger op verslechterde mentale welzijn. Deze discriminatie werd zowel ervaren door collega's als door patiënten.

4.2 MECHANISMEN EN MAATREGELEN

In deze paragraaf beschrijven we de mechanismen en maatregelen om discriminatie vanuit patiënten/cliënten naar de professional tegen te gaan.

4.2.1 Mechanismen

Er zijn enkele mechanismen die discriminatie van zorgverleners in stand kunnen houden of faciliteren. Deze mechanismen hoeven niet per se te ontstaan in de zorgsector of een specifieke zorginstelling, maar kunnen doorsijpelen vanuit de maatschappij, het onderwijs en politieke ontwikkelingen in de wereld (Shannon et al., 2022). De zorg is inherent verbonden aan de samenleving en ontwikkelingen in Nederland en het buitenland hebben hun invloed. Discriminatie van personen op basis van hun voorkomen, of de daaraan gerelateerde kenmerken zoals huidskleur of geloof, komt over de hele linie voor (Agyemang 2007, Devakumar 2020). We kunnen daarom ook veronderstellen dat discriminatie in de zorg minstens zo'n probleem is als in andere vlakken van de Nederlandse maatschappij en niet te onderscheiden van ontwikkelingen buiten de zorg. Mechanismen die discriminatie aanhouden, zijn zowel schadelijk voor de zorg als buiten de zorg.

Vooroordelen en stereotypen

Uit onderzoek van Nhass (2021) blijkt onder andere dat zorgverleners direct en indirect negatieve uitlatingen hebben ervaren over hun uiterlijke kenmerken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om huidskleur, maar ook het dragen van een hoofddoek wordt regelmatig als voorbeeld genoemd (Nhass, 2021). Stereotype beelden over niet-heteroseksuele geaardheid kunnen leiden tot het niet serieus nemen van zorgverleners die zich identificeren als lhbtï-persoon (Ross, 2022).

Uit verschillende publicaties blijkt dat patiënten/cliënten zorgverleners discrimineren of afwijzen op basis van vooroordelen of stereotypen die er zijn over zorgverleners met een migratieachtergrond. Zorgverleners worden soms bij een kennismaking al geweigerd door cliënten. Soms worden zorgverleners weggestuurd uit de kamer door patiënten/cliënten, omdat ze hun deskundigheid in twijfel trekken (Van der Tuin & Fiere, 2022; Cottingham 2020). Een impliciete vorm van discriminatie, gestoeld op vooroordelen, is de assumptie dat een zorgverlener van kleur minder competent is of niet beschikt over een zorgdiploma om zorg te mogen verlenen (Nhass, 2021). Een andere component die dit discriminerende mechanisme in stand kan houden, zijn de beperkingen die gelden voor de erkenning van zorgdiploma's van personen uit niet-EU landen. Artsen uit niet-EU-landen kunnen door hun afkomst en buitenlandse diploma's als minder competent worden ervaren om zorg te leveren (Loss 2020, Sjeggstad, 2015; Jirovsky 2015; Wojczewski 2015). Zorgverleners van kleur vertellen onder andere dat cliënten zorg weigeren of hun aanwezigheid negeren wanneer er ook een witte zorgverlener aanwezig is. Daarnaast maken cliënten opmerkingen, zoals dat

iemand alleen binnen mag komen om schoon te maken omdat “zwartjes niet geschoold zijn om medicatie uit te zetten” (Starremans, 2020). Er zijn meldingen gemaakt van patiënten/cliënten die zeggen “als je een hulp stuurt met een hoofddoekje, komt zij er bij mij niet in” (Van der Tuin & Fiere, 2022). Het zijn regelmatig zorgverleners met een donkere huidskleur of met een hoofddoek die worden geweigerd door patiënten/cliënten.

Bijna alle respondenten die in de interviews gesproken zijn, herkennen het mechanisme van vooroordelen en stereotypen (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A12). Zij benoemen verschillende manieren waarop dit mechanisme kan werken.

“Een wijkverpleegkundige met een hijab ging naar een cliënt voor wondzorg. Toen mevrouw de deur opendeed, vroeg ze wat mevrouw kwam doen en verkopen. En toen de collega zei dat ze de wijkverpleegkundige was, was mevrouw daarvan ondersteboven. Later belde mevrouw om te bedanken voor de zorg die is geleverd en ook om te vertellen dat ze een vooroordeel had en had verwacht dat iemand met een hoofddoek huishoudelijke hulp kwam bieden. Mijn collega heeft haar vertrouwen kunnen winnen.” (respondent A4)

Islamofobie¹⁰

De zorg is, net zoals andere onderdelen van de samenleving, niet gevrijwaard van discriminatie of socio-politieke ontwikkelingen (Devakumar). Sinds 9/11 is moslimhaat in de Westerse wereld toegenomen en klinkt deze ook in de politiek en op werkvloeren (Khan 2022; Inhorn 2011). De toename van islamofobie, het adapteren van vooroordelen over moslims, kan bijdragen aan discriminatie van zorgverleners die zichtbaar islamitisch zijn (dragen van een hoofddoek, vasten van de Ramadan, afslaan van alcohol vanwege religie) of kenmerken hebben die aan de islam zijn gerelateerd, zoals naam (denk aan namen als Mohammed of Fatima) of land van herkomst van de zorgverlener of diens ouders (Zemouri, 2022).

Uit veel ervaringsverhalen blijkt dat dat waarschijnlijk vaak samengaat met migratieachtergrond en de zichtbaarheid van iemands religieuze identiteit. Hier kan sprake zijn van intersectionaliteit, een zorgverlener kan discriminatie ervaren langs verschillende assen (Shannon). Waar een gediscrimineerde verpleegkundige met een hoofddoek rapporteert dat de discriminatie is op basis van haar sekse, kan dit door anderen worden gezien als discriminatie op basis van haar geloof of zelfs op basis van afkomst. Of denk aan religie gedreven discriminatie een van komaf Hindoeestaans-Surinaamse met een islamitisch klinkende voor- of achternaam. Het laatste kan ook een vorm van *geracialiseerde religie* zijn (Samari 2018), waarbij religie en afkomst inherent aan elkaar verbonden zijn.

Verschillende respondenten (A3, A4, A6) geven aan dat vrouwelijke zorgmedewerkers die een hoofddoek dragen hier discriminerende reacties op krijgen.

“... dat zie je voornamelijk bij vrouwelijke medewerkers die een hoofddoek dragen. Daar wordt echt met regelmaat helaas iets over gezegd: ‘Waarom heb jij die hoofddoek, je mag zeker niets van je man?’ Nou, en dan geeft diegene aan van: ‘Nou, nee...’ En je merkt gewoon, de medewerkers gaan continu in de verdediging. Ze willen bijna zichzelf verdedigen waarom ze die hoofddoek hebben en ik probeer ze continu te leren van: nee, je legt hem terug bij de bewoner: ‘Goh, deze vraag vind ik niet netjes van u en als u hiermee doorgaat, dan ga ik nu even weg’.” (respondent A3)

¹⁰ Dit rapport hanteert de volgende definitie van islamofobie naar voorbeeld van Radar: uitsluiting en discriminatie van moslims op basis van hun islamitische geloof gebaseerd op irrationele angst en afkeer naar de islam en moslims.

De toename van islamofobie in de Westerse samenleving kan bijdragen aan het wantrouwen van de zorgverlener en ten grondslag liggen aan zorgweigering. Studies uit het Verenigd Koninkrijk laten zien dat discriminatie van zorgverleners met een islamitische achtergrond hoger ligt dan van andersgelovigen of niet gelovigen (West et al., 2015). Gezien moslims in Nederland vaker discriminatie op basis van godsdienst melden (BZK 2022), is het plausibel dat dezelfde afwijzingen ook in de zorg voorkomen.

Naast impliciete of expliciete discriminatie op basis van geloof, kan institutionele discriminatie bijdragen aan discriminatie van islamitische zorgverleners. Bij het onderzoek van BMA, geven islamitische zorgverleners aan een vorm van institutionele discriminatie te ervaren op basis van hun moslimzijn, namelijk dat klachten indienen over islamofobische opmerkingen wordt ontmoedigd of niet erkend. Sommigen voelden zich door het instituut niet serieus genomen, omdat opvolging op klachten uitblijven.

Gebrek aan (h)erkenning van discriminatie

Racisme en discriminatie zijn gevoelige onderwerpen in de Nederlandse samenleving (Agyemang 2007). Het niet herkennen, erkennen of bespreken van discriminatie, blinde vlekken en gebrek aan bewustwording kunnen bijdragen aan discriminatie (Agyemang, 2007; Bhopal 2007; Duijs et al., 2021; Duijs et al., 2022a; Duis et al., 2022b). Dit niet herkennen of erkennen van discriminatie kan meldingen verder bemoeilijken of begrip tussen de discriminator en gediscrimineerde in de weg staan (Hall, 2015). Bij discriminatie incidenten kunnen beoordelaars de daad ontkennen, neutraliseren, proberen te rationaliseren of weg te zetten als ‘zo was het niet bedoeld’ (Leyerzapf & Abma, 2012; Sim 2021). In het rapport van Pharos wordt de uitdaging voor (h)erkenning van discriminatie van zorgpersoneel ook aangekaart (Kolste & Venderbos, 2022). Tevens bestaat er een angst om uitgemaakt te worden voor ‘racist’ wanneer discriminatie wordt erkend door de persoon die de uitlatingen maakt jegens de zorgverlener (Agyemang, 2007).

Uit het onderzoek van Nhass (2021) blijkt dat racistische en discriminerende opmerkingen aan zorgverleners worden genormaliseerd. Respondenten geven aan dat het ‘nou eenmaal zo is’ en dat ze zich er niet te veel van aantrekken. Vanuit de zorgopleidingen blijkt dat het negeren en niets aantrekken van discriminerende opmerkingen wordt gedoceerd, wat mogelijk toestaan van discriminatie op de werkvloer aanhoudt (Nhass, 2021). Bepaalde vormen van discriminatie kunnen ook door zorginstellingen geaccepteerd worden. Zo vertelt een van de respondenten in het onderzoek van Van der Tuin en Fiere (2022) dat voorkeuren van cliënten voor bepaalde zorgverleners genoteerd werden en gehonoreerd en niet gemerkt als discriminerend (Van der Tuin & Fiere, 2022).

Veel van de respondenten benoemen in de interviews ook dit voorkomen van het gebrek aan herkenning (A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9).

“Kijk, wij zijn gewoon getraind in dat soort dingen negeren, omdat wij natuurlijk een bepaalde eed hebben afgelegd, hè, dus je wilt natuurlijk de beste zorg leveren. Dus heel veel collega’s, denk ik, met mij zullen denken van: oké, weet je, ik doe alsof ik dit niet gehoord heb en ik ga gewoon nu, want ik ben hier nu in een arts-/patiëntrelatie, dus ik ga nu gewoon mijn werk doen en ik heb dit gewoon even niet gehoord of zo.” (respondent A5)

“Ja, dus neutraal blijven is zo’n waarde, die zit ook heel erg in professionaliteit, dus we moeten neutraal blijven. Dat is heel gevaarlijk. In dit soort situaties is dat heel gevaarlijk als je niks vindt. Dan leidt het tot ontkenning of je kop in het zand steken. En dus ook niet erkennen of herkennen wat iemand meemaakt.” (respondent A8)

Gebrek aan duidelijke procedures

Uit onderzoek van Nhass et al. (2021) blijkt dat er binnen zorginstellingen een gebrek is aan interne protocollen tegen discriminatie en dat zorgverleners niet weten hoe ze terecht kunnen komen bij een vertrouwenspersoon. Ook Pharos concludeert dat er binnen veel instellingen nog geen duidelijke procedures zijn om melding te maken van ervaringen met discriminatie (Kolste & Venderbos, 2022). Klachten en meldingen worden nog onvoldoende serieus genomen. Het laatste kan te maken hebben met het niet herkennen of erkennen van de ervaring van de gediscrimineerde persoon door de persoon die de melding behandelt. Er zijn instellingen die van mening zijn dat discriminatie niet voorkomt bij hen, zo meldde voormalig Minister van Medische Zorg en Sport bij RTL (Van Soelen, 2021). Het ontkennen van discriminatie kan leiden tot een gemis aan noodzaak om duidelijke procedures op te stellen. Wanneer er wel procedures aanwezig zijn, is dat vaak nog steeds onvoldoende (Kolste & Venderbos, 2022; Starremans, 2020). In Engeland rapporteerden zorgverleners dat bij 41% van de discriminatiemeldingen er een follow-up volgde (BMA).

Het gebrek aan duidelijke procedures met een goede follow-up wordt door veel respondenten in de interviews benoemd als een mechanisme wat de aanpak van discriminatie belemmert (A1, A2, A3, A5, A8, A9).

“... eigenlijk volgens mij in de langdurige zorg, de ouderenzorg, racisme en discriminatie echt veelvoorkomend is. Maar dat er daar eigenlijk totaal geen mechanismen zijn om dat inzichtelijk te maken, bespreekbaar te maken en daar wat aan te doen, daarop in te grijpen. ... Dus als mensen al het lef hebben om zich hierover uit te spreken en dit aan de leidinggevende doorgeven, en ik denk dat het goed is om te beseffen dat dat al heel veel vraagt en mensen dat echt niet zomaar doen, zelfs dan is er, ja, weten vaak leidinggevendenden ook niet wat ze daar dan mee moeten doen, want er is niet een soort van lampje in de organisatie waardoor we zeggen van: hé, maar hier speelt racisme of discriminatie en daar moeten we dus op ingrijpen.” (respondent A9)

“Wij hebben een MIM-formulier [Meldingen Incidenten Medewerkers] en daar staat bijvoorbeeld in als iemand verbaal agressief is, fysiek agressief, een prikaccident, maar ook discriminatie en toen ik vroeg van: ‘Ja, maar waarom vullen jullie het nou niet in op het moment dat een meneer of mevrouw discrimineert, slaat, bijt?’ En toen zeiden ze: ‘Omdat er niets mee gebeurt. We vullen het in voor de registratie en dan stopt het’.” (respondent A3)

Gebrek aan steun

Gebrek aan steun van collega's manifesteert zich als het niet uitspreken tegen discriminatie en gebrek aan steun of erkenning (Nhass, 2021, BMA, 2022). Steun wordt als een belangrijke manier gezien om racisme en discriminatie tegen te kunnen gaan. Deze steun kan selectief zijn. Een Amsterdamse studie onder laagbetaalde zorgverleners toonde aan hoe deze groep mensen minder steun of erkenning krijgt wanneer er tegen hen werd gediscrimineerd of hen sociaal onrecht werd aangedaan (Duijs, 2022).

Volgens Muijsenberg en Busari (2020) heerst er een dominante Nederlandse cultuur. Een gevolg hiervan is dat onder andere artsen in opleiding met een migratieachtergrond zich niet thuis voelen in de medische wereld (Muijsenberg en Busari, 2020). Onder een groep studenten in Zweden blijkt dat contact bemoeilijkt wordt door micro-agressie en dagelijkse racisme en discriminatie door medestudenten en docenten (Kristoffersson, 2021). Als het laatste start tijdens de opleiding en aanhoudt in het werkveld, is de kans groot

dat discriminerend gedrag vanuit patiënten naar collega zorgverleners niet of minder snel wordt herkend of erkend.

Het gebrek aan steun van collega's zonder migratieachtergrond speelt een rol bij het in stand houden van discriminatie door patiënten en cliënten. Zorgverleners met een migratieachtergrond voelen nog onvoldoende erkenning en steun van hun witte collega's (Starremans, 2020a, Starremans, 2020b). Uit onderzoek blijkt dat witte mensen beter luisteren naar andere witte mensen (Starremans, 2020). Daarnaast is het belangrijk dat mensen van kleur over hun ervaringen kunnen praten met collega's en leidinggevendenden. Ook dat is erkenning voor de ervaringen van deze zorgverleners. Ervaringen moeten niet gebagatelliseerd worden en men moet de impact op zorgverleners niet onderschatten (Felten, 2021; Starremans, 2020). In twee Zweedse studies komt naar voren dat discussies rondom racisme en discriminatie in sommige instellingen worden stilgelegd of anders absent zijn vanuit de organisatie (dit kan gezien worden als een vorm van institutioneel racisme) (Bradby, 2019; Behtoui, 2016). In het VK rapporteert men dat zorgpersoneel van kleur wordt ontmoedigd om meldingen te maken over racisme en discriminatie (BMA). In een Duitse discriminatie-studie onder zorgpersoneel beargumenteren de auteurs dat normalisatie en integratie van discriminerend gedrag kan leiden tot gebrek aan gevoeligheid voor discriminatie (Yolci, 2022). In Canada rapporteerden zorgverleners met een Aziatische afkomst dat tijdens de COVID-19 pandemie discriminatie jegens hen toenam. Het gebrek aan respons vanuit de organisaties leidde tot frustratie bij de zorgverleners (Shang 2021). Gezien de Engelse, Duitse, Canadese en Zweedse zorg, demografie en het politieke landschap raakvlakken hebben met Nederland, kunnen we met voorzichtigheid stellen dat de eerder gestelde punten mogelijk ook voorkomen in Nederland.

Ook in de gesprekken met de respondenten komt dit thema veel aan de orde en wordt het belang van steun van collega's onderstreept. (A1, A2 A3, A4, A5, A8, A9). Als er door een leidinggevende wordt ingegrepen wordt deze steun belangrijk gevonden en gewaardeerd (A1). Wat ook specifiek door respondenten wordt genoemd is het verschil in setting: of dat zorg thuis bij een cliënt wordt geboden of in een instelling. Respondenten geven aan dat als hulpverleners in het domein van iemand komen dat het én zo kan zijn dat ze meer in het domein van de ander komen en mogelijk denken meer te moeten kunnen aanvaarden en doordat ze alleen zijn mogelijk ook de steun van collega's missen. (A9)

“En het feit dat je natuurlijk, als je het überhaupt ventileert, in het begin ben je gewoon een beetje bleu, dus je ventileert gewoon alles, dus ook naar je witte collega's en op het moment dat je dat doet en zij bagatelliseren het, dan ga je het zelf ook bagatelliseren. Dus dan voel je al van: o ja, ik moet gewoon harder zijn, ik moet gewoon een dikkere huid creëren en gewoon suck it up en ermee dealen, want merkbaar hoort dat er gewoon bij of zo.” (respondent A5)

“En je kunt het ook niet even snel toetsen bij anderen, hè. Dus als je op een afdeling werkt en je hebt bijvoorbeeld net een vervelende ervaring gehad met een cliënt, dan kun je even afblazen bij een kopje koffie, maar als je in de thuiszorg werkt, in de ziekenverzorging en je hebt vijf klanten op een ochtend, je fietst van de ene plek naar de andere, ja, dan ben je die eerste alweer vergeten op het moment dat je bij de organisatie komt. Dus dat is toch anders. En je komt in iemands huis, dus daarmee gelden ook wat meer de waarden en normen en de manier zoals het gaat in dat gezin of in dat huishouden.”
(respondent A9)

Deze uitspraken van de respondenten onderstrepen het belang van steun van collega's en gevolgen als zulke steun uitblijft.

Zorgplicht en vrije artskeuze

Alle zorgverleners hebben zich te houden aan hun zorgplicht. Tegelijkertijd zorgt dat ook voor een dilemma en voor een mechanisme dat discriminatie door patiënten en cliënten in stand houdt. In paragraaf 3.2.1 is ingegaan op een aantal algemene principes van de zorgplicht en is toegelicht dat het College voor de Rechten van de Mens aangeeft dat de zorgplicht niet betekent dat een werkgever geen maatregelen hoeft te nemen om discriminatie te voorkomen of als het voorkomt het gesprek er ook met cliënten over aan te gaan. In sectoren buiten de jeugdzorg speelt het probleem van de zorgplicht eveneens. Het is echter niet altijd mogelijk om iemand anders de zorg over te laten nemen (Starremans 2020). Sommige zorgverleners met een migratieachtergrond zien het als plicht om patiënten te blijven behandelen en respect te tonen, ook wanneer deze zich discriminerend uitlaten (Starremans, 2020, Starremans, 2020). De zorgplicht staat en wordt uitgevoerd met consequenties voor de zorgverlener om blootgesteld te blijven aan micro-agressie en discriminatie vanuit de patiënt. Juist in sectoren als de ouderenzorg of de GGZ kunnen zorgverleners te maken krijgen met dementerende patiënten of cliënten met GGZ-problematiek of een andere beperking die zich discriminerend uitlaten. Dat roept het dilemma op in hoeverre zorgverleners het gedrag zien als onderdeel van de ziekte (bij mensen die soms ook afhankelijk van de zorg zijn) en mogelijk dan toch zorg blijven geven, terwijl zij wel gediscrimineerd worden. De zorgplicht en de daaruit voortvloeiende noodzaak sommige taken bij patiënten te blijven uitvoeren kan het bespreekbaar maken van discriminatie bemoeilijken. Dit aspect over waar er mogelijk sprake is van gedrag dat voortkomt uit een ziektebeeld of beperking wordt door veel respondenten benoemd. (A1, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10, A11). Respondenten benoemen dat ook al kunnen uitingen mogelijk gerelateerd zijn aan een ziektebeeld, ze wel degelijk gevolgen kunnen hebben en zoeken ook naar manieren waarop er mee kan worden omgegaan.

“Misschien worden ze wel ouder, maar volgens mij is er een enorme groep waarbij het gewoon gebeurt en waarbij we het zelf daaraan toeschrijven, zonder dat daar een reden voor is. Maar dan nog is het belangrijk dat je als organisatie steun biedt en betekent het niet dat we het eigenlijk maar moeten laten, om het zo te zeggen ... Je kunt het misschien het medicaliseren van racisme en discriminatie noemen eigenlijk ... omdat het als onderdeel wordt gezien ... en toegedekt eigenlijk.” (respondent A9)

“Dat is iets dat voorkomt bij mensen met psychische klachten. Zij kunnen uit de aard van hun beperking of ziektebeeld soms ‘onredelijke’ eisen stellen en zijn daar moeilijk vanaf te brengen. Ze willen dan iets anders dan de professional kan bieden en als ze dat eenmaal in hun hoofd hebben dan zijn ze daar niet meer van af te brengen en halen ze er van alles bij – dus ook dat het aan die specifieke hulpverlener zou liggen en zoeken daar dan een reden voor.” (respondent A1)

Patiënten in Nederland mogen kiezen door wie zij behandeld of onderzocht willen worden. In deze ruimte van vrijheid kunnen discriminerende gronden leiden tot weigeren van zorgverlener op basis van geslacht, afkomst, leeftijd, uiterlijk of andere kenmerken zonder strafrechtelijke consequenties. De vrije artskeuze en zorgplicht kan voor dilemma's zorgen en frictie. Het dilemma is willen aansluiten van de voorkeuren van de patiënt met de zorgverleners i.v.m. vertrouwen, begrip en communicatie. Het wensen van zorg vanuit een queer-zorgverlener als queer-persoon, is vaker een keus op basis van succesvol wederzijds begrip tussen zorgverlener en zorgvrager dan een discriminerend punt (Lisdonk & Kuyper, 2015). Hetzelfde geldt voor een moslimvrouw die een vrouwelijke arts prefereert.

Zorgverleners die zorgen voor een patiënt die zelf geen keuzes kan maken, denk aan kinderen, mensen in coma, dementerenden of mentaal beperkte personen, kunnen ook discriminatie ervaren vanuit de familieleden of verzorgenden van de patiënt. In dit geval kan het familielid een zorgverlener weigeren op

verschillende gronden zonder expliciet discriminerend te zijn. Bij signalen van expliciete discriminatie of een vorm van impliciete discriminatie, kan de werkveiligheid van de zorgverlener in gevaar komen (Qureshi, 2021).

Waar het weigeren van personeel op basis van hun voorkomen in verschillende velden haaks staat op de grondwet, hebben patiënten volgens het Nederlands gezondheidsrecht de vrijheid in artsenkeuze (KNMG, 2008). Tegelijkertijd is de vrije artsenkeuze niet absoluut: bijvoorbeeld in acute situaties en deze kan soms ook belemmerd worden door personeelstekort.

In veel van de interviews hebben respondenten dit dilemma benoemd en verschillende voorbeelden genoemd ook hoe organisaties en individuen daarmee kunnen omgaan (A1, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A12).

“Er belde een keer een mevrouw uit een dorp hier verderop. Ze belde op en ze zei ik zou graag hulp willen hebben, een oudere mevrouw. En haar vraag was werken er ook Nederlanders bij u? Maar ik zei er werken alleen Nederlanders bij ons. En toen zei ze nee mensen met een Nederlandse achtergrond en toen zei ik ja. Maar ze zei ik bedoel mensen met een oer-Hollandse achtergrond. Dus ik zei ja, er zijn mensen met een oer-Hollandse achtergrond, maar ook mensen met een andere achtergrond. Toen zei ik dat respecteer ik, maar daar kan ik u niet in voorzien in zorg. Ik weet niet of het discriminatie is, maar ik kan dat niet bieden.” (respondent A4)

“Er zijn heel veel vrouwelijke collega’s van mij, dat bijvoorbeeld mannelijke patiënten net soms iets te ver gaan in opmerkingen of, eh, bijvoorbeeld dat ze voor keelpijn komen, maar zich helemaal uitkleden en dan...snap je, dat soort taferelen. En daarin is het wel onderling normaal dat je dan zegt tegen je collega, als je een mannelijke collega hebt, van: ‘Weet je, deze patiënt wil ik gewoon niet meer zien en dit is de reden’ en dan zijn de mannelijke collega’s allemaal wel akkoord en dat vinden ze allemaal geen probleem. Maar in een discriminatiesituatie heb ik het nog nooit meegemaakt, nee.” (respondent A5)

Deze ervaringen laten zien dat soms discriminatie voorkomen kan worden en dat het nog niet gebruikelijk lijkt om voor elkaar in te springen waar dit bij andere vormen van onprettige bejegening wel het geval is.

Krappe arbeidsmarkt

Door de grote zorgvraag, het zorginfarct wat mede door de uitgestelde zorg ten gevolge van Corona is ontstaan en personeelstekorten is de focus op behoud of aantrekken van zorgpersoneel een prioriteit geworden. Het zorgpersoneel is onvoldoende divers en divers personeel aantrekken en aanhouden is uitdagend (Raad van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b). Door aanhoudende discriminatie op de werkvloer kan de uitstroom van divers zorgpersoneel toenemen en de instroom minder worden. Een onderzoek verricht in het Amsterdam UMC laat zien hoe zorgverleners in de ouderenzorg door ervaren discriminatie hebben gekozen voor zzp-werk (Duijs 2022a). Dit fenomeen leidt tot verhoging van de zorgkosten en instabiele werkomstandigheden.

Het is belangrijk dat het zorgpersoneel een goede representatie is van de Nederlandse samenleving en recht doet aan de diversiteit aan zorgvragen die er zijn. Er zijn in Nederland minder personen met migratieachtergrond werkzaam in de zorg dan vergeleken met alle economische activiteiten, 16% versus 24% (Avontuur & Otten, 2021). Dit verschil wordt groter naarmate specialisatie en hiërarchie toenemen. De doorstroom van artsen naar een specialisatieplek blijft achter bij Nederlandse artsen met een migratieachtergrond, met slechts 2%-4% van de totale medische specialisten (Ficheroux, 2022, Van Andel, 2022). Artsen met een migratieachtergrond ervaren verschillende belemmeringen bij het doorstromen naar specialisatieplaatsen (Leyerzapf & Abma, 2012). Het is mogelijk dat door ervaren discriminatie het goed

functioneren afneemt, alsmede de motivatie om te werken in de zorg, wat afgeeft op de beoordeling van zorgpersoneel en daarmee de kansen op doorgroeimogelijkheden in de zorg afneemt (Filut 2020; Leyerzapf & Abma, 2012).

Een aantal van de respondenten gaat ook in op dit thema en sommigen geven aan dat de tekorten op de arbeidsmarkt er ook toe leiden dat er meer aandacht ontstaat voor behoud van personeel en het tegengaan van factoren die kunnen leiden dat mensen uit de sector vertrekken (A6, A7, A8, A9).

“Dus discriminatie creëert wel een probleem, namelijk als een bepaald deel van de mensen die al zeggen: ‘Wij willen graag in de zorg werken’, zegt: ‘Ik wil het niet meer, want ...’, dan werk je eigenlijk die arbeidsmarktproblematiek alleen maar in de hand. We zien het ook in gesprekken met verpleeghuisorganisaties over het thema diversiteit, dat ze diversiteit en inclusie ook wel als kans zien voor het behouden, maar ook voor het aantrekken en binden van mensen. Dus daarop acteren begint steeds belangrijker te worden.” (respondent A8)

4.2.2 Maatregelen

De zorg staat voor grote uitdagingen waar het gaat om de behoefte aan voldoende personeel, de betaalbaarheid, de organisatie en administratieve lastendruk, de inhoudelijke ontwikkelingen en ook de maatschappelijke rol van de zorg. Landelijk, lokaal en regionaal werken veel partijen aan verdere ontwikkelingen in de zorg. Het bestrijden van discriminatie in de zorg is een belangrijke opgave. Er zijn verschillende maatregelen om discriminerende incidenten van patiënten tegen zorgverleners te voorkomen, te bestrijden en te behandelen. Met de benoeming van een Nationale Coördinator tegen Discriminatie en Racisme (NCDR) en de ambities uit het coalitieakkoord van de Nederlandse regering staat discriminatiebestrijding hoog op de agenda en wordt breed uitgevoerd.

Procedures op institutioneel niveau

De structuur, regels, procedures van een organisatie, een instelling of systeem, ook bekend als ‘het instituut’, biedt ruimte om een specifiek antidiscriminatiebeleid vorm te geven. Een organisatie of instelling kan regels, protocollen en beleid opstellen wat uitgerold wordt om op systematische manier discriminatie aan te pakken op de werkvloer en door het voorkomen of doorbreken van discriminerende mechanismen.

Antidiscriminatiebeleid

Werkgevers zijn wettelijk verplicht om hun werknemers te beschermen tegen discriminatie op de werkvloer. Deze verplichting heeft ook betrekking op discriminatie door patiënten/cliënten. Werkgevers moeten zorgdragen voor een werkomgeving die vrij is van discriminatie en racisme. Nederland heeft zich op internationaal niveau (verdrag van de International Labour Organisation) gecommitteerd om een discriminatievrije werkomgeving te creëren. Zorgaanbieders hebben vaak geen of onvoldoende beleid/protocollen om discriminatie op de werkvloer te bestrijden. Ter verbetering van antidiscriminatiebeleid op institutioneel niveau in de zorg kan, op basis van de bestudeerde literatuur en gevoerde gesprekken, aan het volgende worden gedacht:

- Opstellen, implementeren en toetsen van antidiscriminatie protocollen.
- Duidelijke meld- en klachtprocedures.
- Follow-up van incidenten.

- Landelijke verzameling van incidenten.
- Actieve inzet voor tegengaan van discriminatie, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van keurmerken van instellingen die daar actief aan werken (vergelijkbaar bijvoorbeeld met het Roze Loper keurmerk dat wordt uitgereikt na een traject dat leidt naar sociale acceptatie van seksuele diversiteit in de zorg – gevolgd door een audit door een onafhankelijke Certificerende Instelling).
- Landelijk beleid en handvatten vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid of het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brancheorganisaties en beroepsverenigingen.
- Uitvoering en handhaving van de wettelijke zorgplicht aan werknemers.
- Inzetten van ervaringsdeskundigen voor het formuleren van beleid (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 2022).

Recent heeft Pharos ook een inspiratiekaart uitgebracht voor zorgorganisaties om hen te ondersteunen om discriminatie te voorkomen (Pharos, 2023).

Beroepsvereniging en brancheorganisaties

Het KNMG heeft een standpunt waarin zij handvatten en toelichting geven aan zorginstellingen en zorgverleners voor het omgaan met patiënten die zorgverleners weigeren op discriminerende gronden¹¹. Weigering van zorg door een specifieke zorgverlener kan vastgelegd worden in het medisch dossier, vooral bij acute situaties zodat de gezondheidsschade niet toegeschreven kan worden aan de zorginstelling of zorgverlener. Er is ruimte voor alle beroepsverenigingen om beroepscode en richtlijnen te ontwikkelen voor het behandelen van discriminatie op de werkvloer. Deze maatregelen kunnen aangepast worden aan het type instelling. Hier ligt ook een rol voor brancheorganisaties om aan te geven op welke wijze instellingen antidiscriminatiebeleid kunnen ontwikkelen en meldprocedures kunnen inrichten. Tegelijkertijd wordt er ook gekeken naar de Rijksoverheid die zich duidelijk zou moeten uitspreken.

“Het viel me ook wel op dat beroepsgroepen zelf het thema ook nog helemaal niet hebben opgepakt. ... De minister van VWS heeft uiteindelijk een verantwoordelijkheid om het thema meer te agenderen en te zorgen dat daar dus ook een meer gecoördineerde aanpak op komt. En dat gaat natuurlijk, het ingewikkelde is dat de overheid best wel op afstand staat natuurlijk van de zorg, maar tegelijkertijd zie je dat de overheid in de afgelopen jaren juist zich heel erg bezig is gaan houden met overkoepelende thema's die van groot belang zijn.” (respondent A9)

Respondenten verwachten meer van beroepsverenigingen en de Rijksoverheid.

Toepassing beleid op de werkvloer

Organisaties hebben een leidende rol in het bestrijden van discriminatie op de werkvloer met gebruik van antidiscriminatie richtlijnen, protocollen voor omgaan met discriminerende patiënten en hun familieleden of bezoekers (Qureshi). Deze richtlijnen kunnen toegepast worden op managementniveau en handvatten bieden voor de werknemers. Instellingen kunnen actief het antidiscriminatiebeleid communiceren naar bezoekers en patiënten van de zorginstelling. Instellingen kunnen ruimte bieden voor het bespreken van discriminatie met bestaande vertrouwenspersonen, management of met medecollega's (Van der Tuin & Fiere, 2022; Starremans, 2020). Er is al ervaring met het bespreken van discriminatie incidenten met management, voorwaarde hiervoor is het creëren van een veilige sfeer. Daarnaast moet er een actie

¹¹ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/vrije-artsenkeuze-mv>

verbonden zijn aan mondelinge meldingen van discriminatie (Van der Tuin & Fiere, 2022). Dit is echter nog lang niet vanzelfsprekend binnen instellingen en er is ruimte voor verbetering (IDEM). Respondenten benoemen het belang van een helder beleid in de instelling met duidelijke procedures en follow-up. (respondent A3, A5, A6, A9, A11)

“Organisatie breed moet er een norm zijn die wordt uitgedragen. Als discriminatie of racisme niet wordt erkend als geweldsincident, dan zullen mensen het ook niet invullen in MIM-formulieren. Nazorg is ook belangrijk, want waarom zou je een formulier invullen als er niks mee wordt gedaan? ... Ik ken een zorgorganisatie waar ze een introductiedag organiseren en waar discriminatie als thema wordt besproken. Ze maken het gelijk bespreekbaar bij de introductie van een nieuwe medewerker. Ze gaan dan in gesprek van hoe zou je ermee omgaan en wat is het dilemma.” (respondent A11)

“Een keurmerk ontwikkelen voor zorgorganisaties hoe zij omgaan met discriminatie. En dan denk ik: ja, dat vind ik eigenlijk ook heel mooi.” (respondent A3)

Onderzoek

De mechanismen en manifestaties van discriminatie in de zorg zijn nog onvoldoende onderzocht en in kaart gebracht. Het laatste is nodig om effectief beleid op te stellen voor het bestrijden van discriminatie in de zorg en moet opgenomen worden in personeelszaken en werkbeleid. De gevolgen van discriminatie zijn zichtbaar in termen van kansenongelijkheid, minder slagingskans, meer uitstroom, verminderde kwaliteit van leven en werk.

Registratie binnen instellingen en landelijke registratie

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties verzamelt jaarlijks discriminatiecijfers bij de politie, antidiscriminatievoorzieningen en andere organisaties. Binnen dit meldingssysteem is er ook ruimte voor het registreren van discriminatie in de zorg. Uit onderzoek van Ipsos onder 11.000 medewerkers in de zorg blijkt dat van de respondenten die discriminatie rapporteerden 54% geen melding heeft gemaakt en slechts 1% deed aangifte (Ipsos, 2021). Redenen hiervoor waren dat het incident al besproken is met collega's, de persoon het incident niet wilde melden of niet durfde. Van het deel van de respondenten dat wel melding heeft gemaakt, was 55% tevreden over de opvang en nazorg, terwijl de rest geen behoefte had aan nazorg of ontevreden was. Er is daarom ruimte voor verbetering van signalering en meldingen. Allereerst binnen instellingen en branches, maar ook door aansluiting van zorginstellingen bij het landelijke meldingssysteem voor discriminatie.

Respondenten benadrukken het belang van goede signalerings- en registratieprocedures, inclusief follow-up, binnen instellingen. Het gaat daarbij waar mogelijk ook om zaken vast te leggen in protocollen (respondenten A3, A4, A6, A7, A10).

“Wij hebben bij onze instelling een meldpunt discriminatie, daar kunnen ze sowieso melden. En wij hebben de MIM-formulieren, die zijn binnen alle locaties hetzelfde. Daar hebben we echt een kopje toegevoegd van discriminatie. Vroeger stond dat gewoon onder verbale agressie en nu hebben we daar echt een apart kopje van laten maken van: nee, hier is gewoon sprake van discriminatie. En dat wordt één keer per kwartaal besproken met elkaar.” (respondent A3)

Dit voorbeeld laat zien dat eenvoudige aanpassingen kunnen helpen om inzicht in het probleem te vergroten en het bespreekbaarder te maken.

Rol brancheorganisaties

Brancheorganisaties, zoals ActiZ en NVZ, zijn van mening dat ziekenhuizen en zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor het signaleren, registreren en oplossen van discriminatie (Nhass). Dit kan echter uitdagend worden bij ontkenning van discriminatie op de werkvloer (Agyemang 2007). De overheid kan de registratie van meldingen faciliteren door een landelijk meldingssysteem op te stellen waar elke instelling de meldingen kan registreren. Aangezien ervaren discriminatie een van de redenen is voor uitstroom van zorgpersoneel (Duijs, 2022), kan registratie helpen bij het in kaart brengen van personeelsuitstroom en daar ook als specifieke reden in moeten worden meegenomen (respondent A9). Nederland zou ook het registratiesysteem van de Schotse overheid kunnen volgen. In Schotland is een Ethnic Minority Resource Centre opgericht in de gezondheidszorg dat zich bezighoudt met het monitoren van de behandeling van patiënten en zorgverleners, en het aantrekken van divers zorgpersoneel (Christie, 2002). Een heikel punt is echter het registreren van de afkomst van patiënten en personeel (Goodzari, 2022).

Steun van collega's en leidinggevenden, vergroting van bespreekbaarheid

Zorgverleners zijn regelmatig getuige van discriminerende incidenten van patiënten naar hun collega's (Yolci, 2022). Deze groep kan een belangrijke rol spelen bij het melden en signaleren van discriminatie. Zorgverleners die getuige zijn van discriminatie kunnen zich uitspreken tegen het incident, helpen bij het maken van meldingen en het toepassen van antidiscriminatiebeleid. Het is belangrijk dat zorgverleners zich uitspreken tegenover patiënten/cliënten, ook in het bijzijn van anderen. Hetzelfde geldt voor leidinggevenden. Hiermee stelt men de sociale norm en cultuur (Felten, 2021; Kolste & Venderbos, 2022; Starremans, 2020). Om de signalering van discriminatie in de zorg te verbeteren, is bewustwording, herkenning, erkenning en bespreekbaarheid van discriminatie belangrijk (Hamed, 2021; BMA). De respondenten onderstrepen in de interviews het belang van de steun van collega's, leidinggevende en het zorgen dat discriminatie besproken kan worden (A1, A2, A3, A4, A5, A8, A9, A10). In verschillende interviews is bovendien gewezen op het belang van aandacht hebben voor de machtsverschillen die er kunnen bestaan, zowel in verschil wat er is tussen functies als het feit dat binnen de zorg vaak mensen in opleiding zijn. In dat soort situaties kunnen zij terughoudend zijn om zich uit te spreken over mogelijke situaties van discriminatie uit angst dat dit van invloed zou kunnen zijn op hun opleiding of loopbaan. Respondenten geven aan dat steun van collega's en leidinggevenden juist in een situatie van machtsverschil van extra groot belang kunnen zijn (A3, A5, A6, A7, A11).

“Er wordt minder over gesproken, denk ik, omdat nogmaals: er is geen cultuur in het ziekenhuis om dat te bespreken, omdat je al één van de weinigen bent, h, dus überhaupt mensen met een migratieachtergrond in het ziekenhuis is al heel weinig en daar is ook niet het beleid van dat mensen vinden dat daar een meldpunt voor moet komen of dat daar openlijk over gepraat wordt, zeg maar.” (respondent A5)

“Dus ik probeer ze hier ook dan te leren van: ‘Goh, maar als jij dat gevoel al hebt dat je niet goed kunt inschatten bij een collega wat het met haar of hem doet, waarom vraag je dat dan ook niet als open vraag?’ ‘Ja, maar als die collega er zelf niet over begint, dan laat ik het maar.’ Ik zeg: ‘Ja, maar daardoor creëer je dus wel alsof het jou ook niks doet en dan lijkt het alsof jij het normaal vindt dat een bewoner zo praat tegen je collega’ en dan zeggen ze vaak: ‘Ja, nee, maar dat is niet zo.’ Nou, die bewustwording probeer ik dus continu bij de medewerkers aan te brengen van: goh, vraag aan je collega wat het met hem of haar doet.” (respondent A3)

“Helpenden en verzorgenden hebben sowieso het probleem dat ze niet in een hoog aanzien staan binnen hun organisatie, daardoor hebben zij een kwetsbare positie.” (respondent A11)

(Post-initieel) Onderwijs

Het ontbreken van inclusief zorgbeleid, inclusief medisch onderwijs en gebrek aan interculturele communicatie en vaardigheden, kan ertoe leiden dat de nieuwe stroming aan zorgverleners onvoldoende inclusief zijn of zich onvoldoende bewust van zijn van de mechanismen rondom discriminatie. In een kwalitatieve studie rapporteren geneeskundestudenten met een migratieachtergrond behoefte te hebben aan steungroepen, begrip, meer aandacht voor bewustwording van een inclusieve samenleving en kennis over andere religies en hebben behoefte aan een gelijkgestemd netwerk (Isik, 2017). Uit onderzoek blijkt dat studenten in de zorgsector onvoldoende culturele competenties en kennis hebben over diverse contexten (Leij-Halfwerk, 2023). Het bieden van interculturele communicatie, diverse studentenpopulaties, blootstelling aan diverse medestudenten middels interventies en inclusieve stages zouden kunnen helpen met interculturele samenwerking (Isik). Ongeveer 27% van de geneeskundestudenten in Nederland heeft een migratieachtergrond (CBS). Het onderwijs is daarom een potentieel startpunt om (alle vormen) van discriminatie te bestrijden, voorkomen en om inclusieve medische educatie te bewerkstelligen. Het laatste geldt ook voor *post-graduate* onderwijs in vorm van bijscholing en interne scholing. Zorginstellingen kunnen onderwijs aanbieden voor het herkennen van discriminatie en werken aan eigen impliciete bias (Pharos 1a). Respondenten onderschrijven het belang van aandacht voor dit thema in het onderwijs en wijzen ook het op belang van trainingen op de werkvloer (A2, A3, A5, A9).

“Wij krijgen natuurlijk ook trainingen, en de verpleging en zo ook, hè, over patiënten agressiviteit of seksuele intimidatie, dat soort dingen, hoe je dan moet reageren. Maar daar is discriminatie nooit een onderwerp van geweest en dat heb ik nu, dus in de geneeskunde opleiding ben ik er nu mee bezig om dat echt wel erin te krijgen, want je krijgt les in ongewenste intimiteiten en agressief gedrag, maar het is nooit van: oké, en wat als je gediscrimineerd wordt? Dat is nooit een ding of zo, dat leer je gewoon niet.” (respondent A5)

Ik heb bijvoorbeeld nu ook gevraagd binnen onze instelling van: net zoals dat een AVG e-learning verplicht is om te volgen en een BHV e-learning verplicht is om te volgen, waarom doen we niet: hoe gaan we met elkaar om met e-learning met aandacht voor discriminatie? Dus daar zijn we wel voor aan het nadenken, hoor, van: goh, ja, dat vind ik inderdaad een interessante. Dus wij moeten ook veel beter gaan faciliteren in dingen.” (respondent A3)

4.3 HANDHAVING, RECHTSBESCHERMING, BELEID EN WETGEVING

De zorgsector kent veel specifieke wetgeving en (zorginhoudelijke) protocollen. Deze wet- en regelgeving is echter niet specifiek gericht op het tegengaan van discriminatie. De wet- en regelgeving biedt daarmee nu ook niet direct aanknopingspunten voor de bestrijding van discriminatie behalve de algemene wetgeving die werkgevers verplicht om hun werknemers te beschermen tegen discriminatie op de werkvloer. Het belang van een antidiscriminatiebeleid is al eerder benoemd en hier is een belangrijke taak weggelegd voor het ministerie van VWS, branche- en beroepsorganisaties en instellingen. De minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft in een brief van 27 maart 2023 aan de Tweede Kamer toegelicht hoe het ministerie van VWS

met beleid (de impact van) discriminatie in de zorg wil tegengaan. In de brief worden diverse acties aangekondigd. Zo neemt het ministerie “de verantwoordelijkheid om (institutionele) discriminatie in zorg, welzijn en sport aan te pakken met behulp van een VWS brede aanpak discriminatie en gelijke kansen”. Het ministerie verkent ook op welke manier onafhankelijke zorgdiscriminatie meldpunten een rol kunnen hebben.

Zoals toegelicht is een specifiek aspect van discriminatie van hulpverleners door cliënten de zorgplicht die voor hulpverleners geldt. Voor artsen geldt de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst die de kaders en verplichtingen geeft voor de behandelrelatie tussen arts en patiënt. Er zijn overigens naast de WGBO andere wetten die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorgverlening zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Alleen onder hele strikte voorwaarden kan een arts het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt weigeren of beëindigen (KNMG 2021). Jurisprudentie heeft de regelgeving hierover ook nader ingevuld. Het verdient aanbeveling om nader uit te werken over hoe in het geval van discriminatie door een patiënt of cliënt te handelen, of eventueel een behandelrelatie verbroken zou kunnen worden en aan welke voorwaarden voldaan zou moeten worden. Richtlijnen zouden daarop dan kunnen worden aangevuld.

De zorg kent verschillende vormen van toezicht zowel door de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) als ook vormen van tuchtrecht voor individuele professionals. Het tuchtrecht biedt geen mogelijkheden om discriminatie van hulpverleners door cliënten te bestrijden. Wel kan onderzocht worden in hoeverre er een rol weggelegd zou kunnen zijn voor de IGJ, bijvoorbeeld in het toezicht op instellingen, maar ook gelet op hun agenderende rol met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. De Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme benoemt dit ook als één van de actiepunten in het Nationaal Programma tegen Discriminatie en Racisme 2022 (NCDR, 2022).

4.3 DEELCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit flitsonderzoek hebben we onderzocht wat er in de literatuur bekend is over het voorkomen van discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten in relatie tot etniciteit en religie, welke mechanismen hierbij een rol spelen en welke eventuele maatregelen genomen kunnen worden om discriminatie te voorkomen en te bestrijden.

Over de omvang van discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten in Nederland is weinig onderzoek gedaan. Er is één kwantitatieve studie die laat zien dat 19% van de respondenten aangeeft geconfronteerd te zijn met discriminatie door patiënten of cliënten. Het is echter niet bekend hoe representatief deze studie is. Buitenlands onderzoek wijst echter op hetzelfde en de zorgsector staat niet los van de samenleving zodat reëel is om te verwachten dat discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten een serieus issue is. Er is weinig inzicht over in hoeverre discriminatie wegens achtergrond en/of religie nu al wordt geregistreerd, zowel binnen instellingen als breder. Het verdient aanbeveling om te komen tot betere vormen van registratie, zodat er meer inzicht ontstaat in de omvang van het probleem. Zorg daarbij voor specifieke aandacht voor discriminatie naar achtergrond. Registratie en melding moet echter geen doel op zichzelf zijn, maar als hulpverleners situaties van discriminatie melden, vraagt dit ook om passende acties vanuit de instelling.

Bij discriminatie van hulpverleners door patiënten en cliënten op grond van afkomst en religie spelen zowel algemene mechanismen een rol als ook mechanismen die specifiek zijn voor de zorgsector. Een belangrijk specifiek mechanisme is de zorgplicht die er voor professionals is en zij ook voelen. Bovendien hebben patiënten recht op een vrije artskeuze. Daarbij speelt ook dat discriminatie soms kan voorkomen bij patiënten en cliënten die door hun ziekte of stoornis, bijvoorbeeld dementie, niet (geheel) in controle zijn over hoe zij zich uiten. Tegelijkertijd mag dit geen vrijbrief zijn om discriminerende uitingen of gedrag te negeren. Het vraagt beleid in instellingen en vanuit beroepen over hoe hiermee kan worden omgegaan en hoe medewerkers gesteund kunnen worden door leidinggevende en collega's. Opleiding en scholing zijn van belang om hulpverleners te leren hoe discriminatie te herkennen, waar grenzen liggen en hoe zij op situaties kunnen reageren en waar ze discriminatie kunnen melden. Waar de zorgsector en zorgprofessionals onder druk staan, is het van groot belang dat professionals op dit terrein maximale steun ontvangen. Juist omdat het gebrek aan steun ook een mechanisme is dat het signaleren en aanpakken van discriminatie in de weg kan staan en de negatieve impact van discriminatie kan versterken.

In dit flitsonderzoek hebben we nauwelijks aandacht kunnen besteden aan discriminerend gedrag door familie, vrienden en/of bezoekers van patiënten en cliënten. Uit enkele gesprekken met respondenten waarin dit aan bod is gekomen, blijkt dat het soms eenvoudiger is om grenzen te stellen aan het gedrag van familie, vrienden en/of bezoekers. Juist ook omdat er daar geen sprake is van een zorgplicht. Bij het verder ontwikkelen van passende maatregelen is het van belang om ook specifiek aandacht te hebben voor discriminatie door deze groep, zodat er voor hulpverleners een zo'n integraal mogelijke aanpak is.

Een belangrijke kern bij de maatregelen die genomen kunnen worden, is dat er een duidelijk beleid wordt ontwikkeld uitgaande van een heldere normstelling. Hiervoor ligt een verantwoordelijkheid bij de Rijksoverheid, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en instellingen. Discriminatie van hulpverleners moet bespreekbaar worden gemaakt. Goede signalering, protocollen en de mogelijkheid om te melden zijn eveneens van belang. Echter in alle literatuur en ook uit de gesprekken met de respondenten wordt duidelijk dat het zeker niet alleen gaat om formele regelingen en procedures, maar het handelen van leidinggevende, instellingen en de steun van collega's zijn cruciaal.

Diversiteit en inclusie zijn voor de zorg van wezenlijk belang om goede zorg te kunnen bieden aan alle inwoners van Nederland en om te zorgen voor een inclusieve werkplek voor alle hulpverleners. Ook voor het tegengaan van discriminatie van hulpverleners zijn diversiteit en inclusie randvoorwaardelijk. Beroepsopleidingen, post-initieel onderwijs en training en scholing binnen branches en instellingen moeten meer aandacht besteden aan het thema discriminatie en hoe hiermee om te gaan, juist om te voorkomen dat professionals het zien als een individueel probleem.

Aanbevelingen in het kort:

Ontwikkel betere registratievormen om inzicht te krijgen in de omvang van het probleem, met specifieke aandacht voor discriminatie naar achtergrond en religie.

1. Stel beleid op om hulpverleners te ondersteunen in het omgaan met discriminatie en bied steun van leidinggevend en collega's.
2. Investeer in opleiding en scholing om hulpverleners te leren discriminatie te herkennen, grenzen te stellen en op situaties te reageren.

3. Integreer interculturele communicatie en herkennen van discriminerende handelingen in opleidingen en trainingen.
4. Bied maximale steun aan zorgprofessionals die met discriminatie te maken hebben, gezien de druk op de zorgsector.
5. Bied follow-up en nazorg aan voor meldingen van discriminatie en garandeer dat meldingen geen negatieve gevolgen hebben voor de melder.
6. Communiceer antidiscriminatiebeleid actief met patiënten/cliënten en personeel.
7. Besteed aandacht aan discriminatie door familie, vrienden en bezoekers van patiënten en cliënten bij het ontwikkelen van passende maatregelen.
8. Ontwikkel duidelijk beleid en heldere normstelling op het gebied van discriminatie, waarbij de verantwoordelijkheid ligt bij de Rijksoverheid, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en instellingen.
9. Maak discriminatie bespreekbaar doordat er instellingen actief gevraagd wordt naar ervaringen van personeel en zorg voor goede signalering, protocollen en meldingsmogelijkheden.
10. Promoot diversiteit en inclusie als randvoorwaarden om goede zorg te bieden en discriminatie tegen te gaan. Besteed meer aandacht aan dit thema in beroepsopleidingen, post-initieel onderwijs en trainingen.

5 CONCLUSIE

Discriminatie is verboden: niet alleen in de Grondwet, maar ook in de Algemene Wet Gelijke Behandeling. Echter de inventarisatie van discriminatieproblemen voor dit onderzoek (hoofdstuk 2) laat zien dat discriminatie in de zorg op verschillende niveaus een probleem is. Inzicht in de omvang ontbreekt, maar duidelijk is dat discriminatie speelt in de zorg op verschillende gronden: zowel op grond van afkomst (etniciteit), beperking, geslacht (zowel ten aanzien van vrouwen en/of mensen met een intersekse conditie en/of transgender personen) en seksuele gerichtheid. We zien ook dat er aanwijzingen zijn dat discriminatie voorkomt op verschillende niveaus:

- Van patiënt naar zorgprofessional
- Van zorgprofessional naar patiënt
- Tussen zorgprofessionals onderling
- Tussen patiënten onderling
- Op institutioneel niveau zoals in de manier waarop onderzoek wordt gedaan of onderwijs wordt gegeven of richtlijnen zijn vormgegeven.

Maar veel is nog niet onderzocht in Nederland, waardoor een precies beeld ontbreekt. In het bijzonder kwantitatief onderzoek ontbreekt, waardoor we wél weten dat er discriminatie speelt in de zorg (en we soms ook al een beeld hebben van hoe dit eruit ziet en beleefd wordt), maar niet weten wat de omvang ervan is.

In dit onderzoek is een verkenning verricht naar de oorzaken van – en oplossingsrichtingen voor – twee van deze discriminatieproblemen in de zorg: (1) discriminatie in de jeugdzorg op grond van etniciteit en (2) discriminatie vanuit patiënten/cliënten in de brede zorg. Bij dit laatste probleem is met name ingezoomd op discriminatie op grond van etniciteit en religie. De deelconclusies bevatten aanknopingspunten voor de wetgever op basis van de resultaten van de onderzoeken naar deze twee discriminatieproblemen. In deze eindconclusie worden uit het gehele onderzoek in het domein zorg algemene lessen en aanknopingspunten voor de wetgever getrokken. Hierbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat de twee problemen niet geheel hetzelfde zijn.

Allereerst valt op dat in beide deelonderzoeken naar boven komt dat een goed beeld van de omvang nog ontbreekt. Zo is er helemaal niets bekend naar hoe vaak jeugdigen en hun ouders discriminatie ervaren in de jeugdzorg: hier is simpelweg nog nooit onderzoek naar gedaan. Het enige onderzoek wat zicht geeft op de omvang gaat over professionals (Ipsos, 2021). Maar in deze onderzoeken is er niet doorgevraagd op discriminatiegronden en kenmerken van de respondenten waardoor onduidelijk is (1) op welke grond er gediscrimineerd wordt en (2) welke groepen het meest te maken hebben met discriminatie. Of er (periodiek) onderzoek moet komen naar discriminatie in de zorg is een beslissing die onder meer genomen zal moeten worden door de landelijke en lokale politiek.

Ten tweede is naar voren gekomen in beide deelonderzoeken dat beleid in de (jeugd)zorginstellingen tegen discriminatie vaak ontbreekt. Beide onderzoeken concluderen dan ook dat dit beleid er moet komen, maar dit is nog grotendeels toekomstmuziek. De respondenten geven enkele voorbeelden van individuele instellingen die acties hebben ondernomen. Voor de wetgever is het een optie om dit te verplichten; het zou

verplicht kunnen worden voor zorginstellingen (van ziekenhuis tot jeugdzorg tot sociaal werk etc.) om beleid te hebben over hoe discriminatie kan worden tegengegaan op verschillende niveaus (van cliënt/patiënt naar professional, van professional naar cliënt/patiënt, tussen patiënten/cliënten onderling, tussen professionals onderling) en op institutioneel niveau. Dit is echter een politieke keuze die genomen moet worden door ons democratisch gekozen parlement.

Het thema discriminatie lijkt ook nog nauwelijks een thema in de opleidingen van toekomstige (jeugd)zorgmedewerkers. In hoeverre dat echter precies (niet) het geval is, is niet onderzocht. Duidelijk is wel dat vanuit respondenten duidelijk de roep klinkt om het thema discriminatie stevig in de beroepsopleidingen te verankeren. Hierbij is het cruciaal dat het aanbod gebaseerd wordt op *evidence based* kennis over wat werkt om discriminatie, vooroordelen en stereotypen te verminderen (Felten & Broekroelofs, 2022). Op deze manier worden de (jeugd)zorgmedewerkers van de toekomst voorbereid op dit thema en leren zij hiermee omgaan. Ditzelfde geldt voor de bij- en nascholing. Alhoewel interculturalisatie of diversiteitssensitief werken al langere tijd een thema is, is discriminatie dat nog lang niet altijd, het thema is daar niet vanzelfsprekend onderdeel van.

Een mogelijkheid zou zijn om aandacht voor discriminatie verplicht te stellen in alle beroepsopleidingen voor toekomstige zorgmedewerkers (waaronder de jeugdzorg). Ook dit is echter weer een politieke beslissing waar het parlement over moet beslissen.

Kortom: Het lijkt erop dat het thema discriminatie jarenlang geen thema is geweest voor de zorg. Wettelijk gezien zijn er ook nauwelijks verplichtingen voor (jeugd)zorginstellingen om discriminatie aan te pakken. Een van de weinige wettelijke verplichtingen die er wel is, is de verplichting voor een klachtenprocedure. In de jeugdzorg hebben we echter gezien dat deze nauwelijks functioneert. Wanneer patiënten/cliënten te maken krijgen met discriminatie hebben zij dus wettelijk gezien weinig mogelijkheden, anders dan alleen om melding hiervan te maken bij een antidiscriminatievoorziening. De zorgplicht die geldt voor hulpverleners naar cliënten geeft een extra dimensie aan discriminatie van hulpverleners door cliënten. Om discriminatie op institutioneel niveau aan te pakken zijn er ook weinig mogelijkheden vanuit de wetgever. Het thema discriminatie is bijvoorbeeld niet expliciet ondergebracht bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Dat betekent dat (jeugd)zorginstellingen hier niet op gecontroleerd worden en hier geen verantwoording over hoeven af te leggen. Of dit veranderd moet worden, is ook weer een keuze die gemaakt zal moeten worden door het parlement.

BRONNENLIJST

- Abdallah, S., Boer, N. de, Bouwens, M., & Bos, A. (2007). *Jongerenwerk tegen homovijandigheid: Verslag vooronderzoek & advies voor projectontwikkeling*. Amsterdam: Youth Spot.
- Achterbergh, L., Suurmond, J., & Linthorst, G. E. (2019, 12 maart). Respectvol etnisch profileren in de zorg. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163, 1-3.
- Agyemang, C., Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2007). Racism in health and health care in Europe: where does the Netherlands stand?. *The European Journal of Public Health*, 17(3), 240-241.
- Ahlberg, B. M., Hamed, S., Bradby, H., Moberg, C., & Thapar-Björkert, S. (2022). "Just Throw It Behind You and Just Keep Going": Emotional Labor when Ethnic Minority Healthcare Staff Encounter Racism in Healthcare. *Frontiers in Sociology*, 217.
- Alley, D., Silberkleit, G., Bederian-Gardner, D., & Goodman, G. S. (2019). Race-based sexual stereotypes influence ratings of child victims in sexual abuse cases. *International journal on child maltreatment: research, policy and practice*, 2, 287-308.
- Amodio, D. M., Devine, P. G., & Harmon-Jones, E. (2007). A dynamic model of guilt: Implications for motivation and self-regulation in the context of prejudice. *Psychological Science*, 18(6), 524-530.
- Amutah, C., Greenidge, K., Mante, A., Munyikwa, M., Surya, S. L., Higginbotham, E., ... & Aysola, J. (2021). Misrepresenting race – the role of medical schools in propagating physician bias. *New England Journal of Medicine*, 384(9), 872-878.
- Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., Van der Torre A., Van den Berg E., Pulles, I., Iedema, J., & De Voogd-Hamelink, M. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Armstrong, E. A., Gleckman-Krut, M., & Johnson, L. (2018). Silence, power, and inequality: An intersectional approach to sexual violence. *Annual Review of Sociology*, 44, 99-122.
- Ashburn-Nardo, L., Morris, K., & Goodwin, S. (2008). The Confronting Prejudiced Responses (CPR) Model: Applying CPR in organizations. *Academy of Management Learning and Education*, 7(3), 332-342.
- Avontuur, S. & Cotten, C. (2021). *Migratie en de zorgsector. Cijfers over de arbeidsmarkt in de zorgsector en de arbeidsdeelname van migranten*. Den Haag: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. Y. (2009). Using empathy to improve intergroup attitudes and relations. *Social Issues and Policy Review*, 3(1), 141-177.
- Behtoui, A., Boréus, K., Neergaard, A., & Yazdanpanah, S. (2017). Speaking up, leaving or keeping silent: Racialized employees in the Swedish elderly care sector. *Work, employment and society*, 31(6), 954-971.

Bhopal, R. S. (2007). Racism in health and health care in Europe: reality or mirage?. *The European Journal of Public Health*, 17(3), 238-241.

Bhugwandass, J., Boote, M., Pujols Lebron, S., & Awadhpersad, M. (2020). Black Lives Matter, ook in de jeugdzorg. <https://www.expex.nl/black-lives-matter-ook-in-de-jeugdzorg/>

BMA. (2022). *Racism in medicine*. Geraadpleegd op 2-2-2023, van <https://www.bma.org.uk/media/5746/bma-racism-in-medicine-survey-report-15-june-2022.pdf>

Boer, N., Sonneveld, J., Abdallah, S., Manesh, S.H., & Bos, A. (2009). *Jongerenwerk en homoseksualiteit: Methodiekbekrijving Dialoogproject*. Amsterdam: Domein Maatschappij en Recht, Hogeschool van Amsterdam.

Boon, A., Van Dorp, M., & De Boer, S. (2018). Oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in de strafrechtketen. *Tijdschrift voor Criminologie*, 60(3), 268-288.

Bouma, H., López, M. L., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2018). Meaningful participation for children in the Dutch child protection system: A critical analysis of relevant provisions in policy documents. *Child abuse & neglect*, 79, 279-292.

Bouteh, K. & de Haan, A. (2019). *Cultuursensitief werken met jeugdigen en gezinnen*. Utrecht: Pharos.

Bowie, N. (2012). Stakeholder Theory: The State of the Art, R. Edward Freeman, Jeffrey S. Harrison, Andrew C. Wicks, Bidhan L. Parmar, and Simone de Colle (New York: Cambridge University Press, 2010). *Business Ethics Quarterly*, 22(1), 179-185.

BPSW, NIP, NVO & NJI. (2015). *Richtlijn residentiële jeugdzorg*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van Richtlijn-Residentiele-Jeugdhulp_Richtlijn-V3_DEF.pdf (richtlijnenjeugdhulp.nl)

BPSW. (2015). *Beroepscode voor de jeugdzorg werker. Beroepsnormen voor de beroepsvariant Jeugdzorgwerker*. Utrecht: BPSW.

BPSW. (2022). *Beroepsprofiel van de sociaal werker*. Utrecht: BPSW.

Bradby, H., Thapar-Björkert, S., Hamed, S., & Ahlberg, B. M. (2019). Undoing the unspeakable: researching racism in Swedish healthcare using a participatory process to build dialogue. *Health research policy and systems*, 17, 1-6.

Broekroelofs, R. (2023). *Peiling discriminatie onder sociaal professionals*. Utrecht: Movisie.

Buckle, J. (2019). Ras vanuit een medisch-sociologisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163.

Burke, D., Gilsing, R., & Pels, T. (2019). *De rol van etniciteit in het handelen van professionals basiszorg jeugd-ggz*. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.

Çankaya, S. (2015). De politieke surveillance van ras en etniciteit. LG Moor, J. Janssen, M. Easton en A. Verhage (red.), *Cahiers Politiestudies: Etnisch profileren en interne diversiteit bij de politie*, 13-33.

Carpten, J. D., Fashoyin-Aje, L., Garraway, L. A., & Winn, R. (2021). Making cancer research more inclusive. *Nature Reviews Cancer*, 21(10), 613-618.

Cave, L., Cooper, M. N., Zubrick, S. R., & Shepherd, C. C. (2020). Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 250, 112864.

CBS. (2018, maart 9). *Jeugdzorg per gemeente*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/10/jeugdzorg-per-gemeente>

CBS. (z.d.). *Jeugdzorg*.

<https://vocabs.cbs.nl/taxonomie/nl/page/?uri=https%3A%2F%2Ftaxonomie.cbs.nl%2Fvocab%2Fid%2F1480>

CBS. (2019, 16 december). *Personeelskosten drukken resultaat zorginstellingen*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 14 december 2022, verkregen van Personeelskosten drukken resultaat zorginstellingen (cbs.nl)

CBS. (2022). *Helpt zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog*. Geraadpleegd op 7-2-2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helpt-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog>

CBS. (2022, 30 november). *Jongeren met jeugdzorg; persoonskenmerken* [Dataset]. Geraadpleegd van StatLine - Jongeren met jeugdzorg; persoonskenmerken (cbs.nl)

CBS. (z.d.). *Waaruit bestaat de zorgsector?* Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 14-12-2022 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/waaruit-bestaat-de-zorgsector-#:~:text=In%20termen%20van%20financiering%20is,Arbo%2Dzorg%20onder%20de%20zorg>

Christie, B. (2002). Scots tackle racism in health service. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7328), 9.

COC Nederland. (2022). *Tentoonstelling toont belang van gezondheidszorg op maat*. Geraadpleegd op 5-12-2022 van <https://www.coc.nl/gezondheid/tentoonstelling-toont-belang-van-gezondheidszorg-op-maat>

Coenders, M., Lubbers, M., te Grotenhuis, M., Thijs, P., & Scheepers, P. (2015). Trends in ethnocentrische reacties onder de Nederlandse bevolking, 1979-2012. *Mens & maatschappij*, 90(4), 405-433.

Cohen, L. L., Cobb, J., & Martin, S. R. (2014). Gender Biases in Adult Ratings of Pediatric Pain. *Children's Health Care*, 43(2), 87-95.

Coker, A. L., Cook-Craig, P. G., Williams, C. M., Fisher, B. S., Clear, E. R., Garcia, L. S., & Hegge, L. M. (2011). Evaluation of Green Dot: An active bystander intervention to reduce sexual violence on college campuses. *Violence against women*, 17(6), 777-796.

College voor de Rechten van de Mens. (2021). *Institutioneel racisme. Visienota. Naar een mensenrechtelijke aanpak*. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

College voor de Rechten van de Mens. (2022). *Zorgplicht voor patiënten staat bescherming zorgmedewerkers tegen discriminatie niet in de weg*. Geraadpleegd op 19-12-2022 van <https://www.mensenrechten.nl/actueel/toegelicht/toegelicht/2022/zorgplicht-voor-patienten-staat-bescherming-zorgmedewerkers-tegen-discriminatie-niet-in-de-weg>

Concannon TW, Grant S, Welch V, Petkovic J, Selby J, Crowe S, Synnot A, Greer-Smith R, Mayo-Wilson E, Tambor E, Tugwell P; *Multi Stakeholder Engagement (MuSE) Consortium. Practical Guidance for Involving Stakeholders in Health Research*. *J Gen Intern Med*. 2019 Mar;34(3):458-463. doi: 10.1007/s11606-018-4738-6. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30565151; PMCID: PMC6420667.

Cottingham, M. D., & Andringa, L. (2020). "My Color Doesn't Lie": Race, Gender, and Nativism among Nurses in the Netherlands. *Global qualitative nursing research*, 7, 2333393620972958.

Cramer, J., & Jaspers, H. (2022, 13 mei). *Nog steeds veel jongeren in jeugdzorg slachtoffer van misbruik*. Geraadpleegd op 14-02-2023 van <https://www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/artikelen/2022/nog-steeds-veel-jongeren-in-jeugdzorg-slachtoffer-van-misbruik.html>

Daniel, B. J. M. (2021). Embedding anti-oppression and anti-racism perspectives in the field of child and youth care: A case for rearticulating relational care. *Child & Youth Services*, 42(2), 109-135.

Day, M. & Bellaart, H. (2015). *De rol van etniciteit, cultuur en religie in de pleegzorg. Een verkenning*. Utrecht: KIS.

Day, M., Pels, T., & Gilsing, R. (2016). *Eigen voorzieningen van migranten in het jeugddomein. Literatuuronderzoek naar de kansen en risico's voor de ontwikkelingskansen van jeugdigen*. Utrecht: KIS.

De Gee, F., Manuels, C., Boerwinkel, E. K., Yap, K., & Muntinga, M. E. (2022). "They say "I did it", but they don't say "I got an STI from it": Exploring the experiences of youth with a migration background with sexual health in Amsterdam, the Netherlands. *Global Public Health*, 17(9), 2095-2110.

De Jong, R., Drenth, J., Mattijsen, J., & Gartzke, L. (2021). *Onderzoeksrapport Veilig werken*. Utrecht: De Geneeskundestudent/Arts van de Toekomst.

De Koning, A., & Ruijtenberg, W. (2022). Welfare, social citizenship, and the spectre of inequality in Amsterdam. *Ethnography*, 23(3), 335-357.

De Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in residential youth care: A scoping review. *Adolescent Research Review*, 1, 195-216.

De Winter-Koçak, S., Yassine, D., & Stobbe, E. (2023). *De arbeidsmarktpositie van werkenden met een migratieachtergrond: wat is er tot nu toe bekend. Literatuurstudie waaruit veertien verschillen tussen werkenden met en zonder migratieachtergrond en vier bijbehorende verklaringen voor deze verschillen zijn gedestilleerd*. Utrecht: KIS.

Den Ruijter, H. (2022). *Oratie Hester den Ruijter: Uit de grond van haar hart*. Geraadpleegd op 15 december, van <https://vrouwenhart.nl/nieuws-over-hartinfarct-bij-vrouwen-vrouwenhart/oratie-hester-den-ruijter/>

Devakumar, D., Selvarajah, S., Shannon, G., Muraya, K., Lasoye, S., Corona, S., Paradies, Y., Abubakar, I., & Achime, E. T. (2020). Racism, the public health crisis we can no longer ignore. *The Lancet*, 395(10242), e112-e113.

Devine, P. G., Forscher, P. S., Austin, A. J., & Cox, W. T. (2012). Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(6), 1267-1278.

Devine, P. G., Forscher, P. S., Cox, W. T., Kaatz, A., Sheridan, J., & Carnes, M. (2017). A gender bias habit-breaking intervention led to increased hiring of female faculty in STEMM departments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 73, 211-215.

Discriminatie.nl. (z.d.). *Meld discriminatie*. Geraadpleegd op 27-3-2023, van <https://discriminatie.nl/waarom-discriminatie-melden/>

Distelbrink, M., & Aarts, W. (2019). *'Werken met culturele diversiteit'. Een handreiking voor professionals*. Amsterdam: Kenniswerkplaats Transformatie Jeugd Amsterdam.

Duba, A., Messiaen, M., Boulangeat, C., Korchia, T., Lançon, C., Bourbon, A., ... & Fond, G. (2020). Sexual-orientation based discrimination is associated with anxiety and depression in young physicians. A national study. *Journal of Affective Disorders*, 274, 964-968.

Duijs, S. E., Abma, T., Plak, O., Jhingoeri, U., Abena-Jaspers, Y., Senoussi, N., Mazurel, C., Bourik, Z., & Verdonk, P. (2022a). Squeezed out: Experienced precariousness of selfemployed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-16.

Duijs, S. E., Abma, T., Schrijver, J., Bourik, Z., Abena-Jaspers, Y., Jhingoeri, U., ... & Verdonk, P. (2022b). Navigating voice, vocabulary and silence: Developing critical consciousness in a photovoice project with (un) paid care workers in long-term care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5570.

Duijs, S. E., Haremaker, A., Bourik, Z., Abma, T. A., & Verdonk, P. (2021). Pushed to the Margins and Stretched to the Limit: Experiences of Freelance Eldercare Workers During the Covid-19 Pandemic in the Netherlands. *Feminist Economics*, 27(1-2), 217-235.

Emmen, M., Felten, H., Addink, A., Bakker, P. P., Boote, M., & Keuzenkamp, S. (2015). Jong en anders. Onderzoek naar de aandacht voor lesbische, homo, bi-jongeren, transgenderjongeren en jongeren met een intersexe conditie in de jeugdsector. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 24(3).

Ens, A. (2016). *Discriminatie melden bij de politie? Een onderzoek naar de meldingsbereidheid van slachtoffers van moslimdiscriminatie*. Nationale Politie.

Esmail, A., & Everington, S. (1993). Racial discrimination against doctors from ethnic minorities. *BMJ: British Medical Journal*, 306(6879), 691.

EUR-Lex Europa (z.d.). *Ken uw rechten: bescherming tegen discriminatie*. Geraadpleegd op 10-05-2023 van [DocHdl1OnPN-PRINTRDY-01tmpTarget \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/DocHdl1OnPN-PRINTRDY-01tmpTarget)

Falkenbach, M., & Greer, S. L. (2018). Political parties matter: the impact of the populist radical right on health. *European journal of public health*, 28(suppl_3), 15-18.

Feijó, F. R., Gräf, D. D., Pearce, N., & Fassa, A. G. (2019). Risk factors for workplace bullying: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 16(11), 1945.

Felten, H. (2022a). *Wat is objectief werven en selecteren?* Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.kis.nl/artikel/wat-objectief-werven-en-selecteren#:~:text=Objectief%20werven%20en%20selecteren%20betekent,blijk%20uit%20onderzoek%20van%20TNO>

Felten, H. (2022b). *Discriminatie aanpakken op de werkvloer: wat werkt volgens de wetenschap?* Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.kis.nl/artikel/discriminatie-aanpakken-op-de-werkvloer-wat-werkt-volgens-de-wetenschap>

Felten, H. (2021, 21 juni). *Tijd voor witte mensen om racisme aan te pakken*. Geraadpleegd op 1-3-2023 van <https://www.socialevraagstukken.nl/tijd-voor-witte-mensen-om-racisme-aan-te-pakken/>

Felten, H., Asante, A., Donker R., Andriessen, I., & Noor, S. (2021). *Wat werkt in de aanpak van institutioneel racisme? Een literatuuronderzoek*. Utrecht: KIS.

Felten, H. & Broekroelofs, R. (2022). *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie?* Utrecht: KIS/Movisie.

Felten, H., Broekroelofs, R., & Does, S. (2022). *Checklist voor antidiscriminatie-interventies. Werkzame mechanismen tegen discriminatie, vooroordelen en stereotypen op een rij*. Utrecht: KIS.

Felten, H., Cadat-Lampe, M., Razenberg, I., & Visser, A. (2019b). *Een keurmerk om arbeidsmarktdiscriminatie tegen te gaan: (wanneer) werkt dat?* Utrecht: KIS.

Felten, H., Does, S., De Winter-Koçak, S., Asante A., Andriessen I., Donker R., & Brock, A. (2021). *Institutioneel racisme in Nederland: De aanwijzingen uit de wetenschappelijke literatuur op vier domeinen op een rij*. Utrecht: KIS.

Ficheroux, T. (2022, September 14). *Ongelijke kansen voor Caribische studenten bij medische opleidingen, ondanks artsentekort*. *Erasmus Magazine*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.erasmusmagazine.nl/2022/09/13/artsentekort-op-de-antillen-en-toch-ongelijkex-kansen-voor-antilliaanse-studenten-bij-medische-opleidingen/>

Filut, A., Alvarez, M., & Carnes, M. (2020). Discrimination toward physicians of color: a systematic review. *Journal of the National Medical Association*, 112(2), 117-140.

FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 1-18.

Ford, T. E., Boxer, C. F., Armstrong, J., & Edell, J. R. (2008). More than “just a joke”: The prejudice-releasing function of sexist humor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(2), 159-170.

Freeman, R. E. (2015). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139192675>

Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of personality and social psychology*, 78(4), 708.

Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological bulletin*, 132(5), 692.

Gibson, P., Haight, W., Cho, M., Nashandi, N. J., & Yoon, Y. J. (2019). A mixed methods study of Black Girls' vulnerability to out-of-school suspensions: The intersection of race and gender. *Children and Youth Services Review*, 102, 169-176.

Gilsing, R., De Gruijter, M., & Pels, T. (2012). *Divers gestuurd. Advies tot verankering van maatwerk in zorg voor jeugd*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gilsing, R., Pels, T., Bellaart, H., & Tierolf, B. (2015). *Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Kennisplatform Integratie en Samenleving analyseert CBS-cijfers 2011-2013*. Utrecht: KIS.

Goodarzi, B., Helberg-Proctor, A., Brewster, L., & Van den Akker, T. (2022). ‘Ras’ en etniciteit registreren in de zorg: een precare kwestie: Ondeugdelijke categorisering kan leiden tot onjuiste conclusies. *Medisch Contact*.

Gopal, D. P., Okoli, G. N., & Rao, M. (2022). Re-thinking the inclusion of race in British hypertension guidance. *Journal of Human Hypertension*, 36(3), 333-335.

Gordijn, E. & Wigboldus, D. (2013). Stereotypen. In: *Sociale psychologie*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Goyal, M. K., Kuppermann, N., Cleary, S. D., Teach, S. J., & Chamberlain, J. M. (2015). Racial Disparities in Pain Management of Children With Appendicitis in Emergency Departments. *JAMA Pediatrics*, 169(11), 996.

Griffith, D. M., Mason, M., Yonas, M., Eng, E., Jeffries, V., Plihcik, S., & Parks, B. (2007). Dismantling institutional racism: theory and action. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 381-392.

Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., ... & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American journal of public health*, 105(12), e60-e76.

Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 988.

Hanlon, N. (2022). Relational justice and relational pedagogy in professional social care work. *Social Work Education*, 1-18.

Hassen, N., Lofters, A., Michael, S., Mall, A., Pinto, A. D., & Rackal, J. (2021). Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2993.

Haynes-Baratz, M. C., Metinyurt, T., Li, Y. L., Gonzales, J., & Bond, M. A. (2021). Bystander training for faculty: A promising approach to tackling microaggressions in the academy. *New Ideas in Psychology*, 63, 100882.

Hellinga, J. & Rueb, C. (2021). *Help een klacht! Praktijkonderzoek naar een betere klachtbehandeling voor cliënten en professionals in de jeugdbeschermingsketen*. Amsterdam: AKJ.

Henry, L. (2007). Institutionalized disadvantage: older Ghanaian nurses' and midwives' reflections on career progression and stagnation in the NHS. *Journal of clinical nursing*, 16(12), 2196-2203.

Het Vergeten Kind. (2021). *"Het is een eenzame uitzichtloze tijd". Kinderen over wachttijden in de jeugdzorg*. Utrecht: Het Vergeten Kind.

Hoekstra-Pijpers, R. (2022). Experiences of older LGBT people ageing in place with care and support: A window on ordinary ageing environments, home-making practices and meeting activities. *Sexualities*, 25(1-2), 25-44.

Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296-4301.

Hopman, M., Harnam, G., De Jonge, H., & Van den Heuvel, L. (2022). *In eenzaamheid gepest. Kinderen over hun ervaringen met pesten en (het gebrek aan) hulp bij pesten*. Den Haag: De Kinderombudsman.

Hulsegge, G., Emmert, S. B., Verhoeft, H., Thijs, C., & Hosseini, Z. (2020). *Delphi-studie stand der wetenschap arbeidsmarktdiscriminatie: Interventies om arbeidsmarktdiscriminatie te verminderen en de diversiteit te vergroten*. Leiden: TNO.

Ikram, M. U. Z. (2016). *Social determinants of ethnic minority health in Europe*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Inhorn, M. C., & Serour, G. I. (2011). Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in America after 9/11. *The Lancet*, 378(9794), 935-943.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). *Personeelstekorten in de zorg*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://www.igj.nl/onderwerpen/personeelstekort>

IPS. (2022). *Discriminatie in de zorg: mensen met een beperking sterven vaak jaren eerder*. Geraadpleegd op 16-12-2022, van <https://www.ipsnews.be/artikel/discriminatie-de-zorg-mensen-met-beperking-sterven-vaak-jaren-eerder>

Ipsos (2021) *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer. Rapportage totale sector zorg en welzijn*. Amsterdam: Ipsos.

Ipsos (2021) *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer. Brancherapport jeugdzorg*. Amsterdam: Ipsos.

Isik, U. (2019). *Motivation and academic performance of ethnic minority medical students: 'Struggling and coping in the path from student to doctor'*. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam.

Isik, U., Wouters, A., Ter Wee, M. M., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2017). Motivation and academic performance of medical students from ethnic minorities and majority: a comparative study. *BMC medical education*, 17(1), 1-9.

Jeugdzorg FCB. (2017). *Factsheet agressie*. Geraadpleegd op 27-03-2023, van <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/11/Factsheet-Agressie-Jeugdzorg-2017-2.pdf>

Jeugdzorg Nederland, VNG, GGZ Nederland, Sociaal werk Nederland & Actiz. (2018). *EVC-standaard Ervaringscertificaat vakbekwame hbo jeugd- en gezinsprofessional*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van https://www.ervaringscertificaat.nl/resources/v1532339223/uploads/files/EVC-standaard_vakbekwame_hbo_jeug_gezinsprofessional_180628.pdf

- Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, Kutalek R. "Why should I have come here—" - a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 74.
- Jongepier, N. (2011). Gesloten residentiële jeugdzorg als veilige haven. *Jeugd en Co Kennis*, 5(4), 19-29.
- Jongerentaskforce Kindermishandeling. (2015). *Jongeren in jeugdhulp over veiligheid. Een onderzoek van en voor jongeren in opdracht van jongerentaskforce kindermishandeling*. Driebergen-Rijsenburg: Augeo.
- JoU. (2013). *Evaluatierapport traject homovijandigheid*. Utrecht: Stichting Jongerenwerk Utrecht.
- Jouriles, E. N., Krauss, A., Vu, N. L., Banyard, V. L., & McDonald, R. (2018). Bystander programs addressing sexual violence on college campuses: A systematic review and meta-analysis of program outcomes and delivery methods. *Journal of American College Health*, 66(6), 457-466.
- Kastelein C. & Keulen, B. (2020). *10 x vraag en antwoord over intersekse*. Utrecht: Movisie/NNID.
- Katz, J., Merrilees, C., Hoxmeier, J. C., & Motisi, M. (2017). White female bystanders' responses to a black woman at risk for incapacitated sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 41(2), 273-285.
- Khan, A. A. (2022). Encountering Islamophobia in the medical profession. *CMAJ*, 194(23), E815-E816.
- KIS. (2016, 24 maart). *Transformatie jeugdzorg kan baat hebben bij eigen voorzieningen migranten*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://www.kis.nl/artikel/transformatie-jeugdzorg-kan-baat-hebben-bij-eigen-voorzieningen-migranten>
- KNMG (2021). *KNMG Richtlijn: Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Utrecht: KNMG.
- Kolste, R. & Venderbos, J. (2022). *Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg*. Utrecht: Pharos.
- Koning, A. de, Marchesi, M., Vollebergh, A., Ruijtenberg, W., Botto, L., & Chakkour, S. (2018). Reproducing Europe: Migrant families, professionals and the welfare state. Reproducing Europe team Radboud University Nijmegen. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.universiteitleid.nl/binaries/content/assets/sociale-wetenschappen/ca-os/reproducing-europe/reproducing-europe-nl.pdf>
- Kristoffersson, E., Rönqvist, H., Andersson, J., Bengs, C., & Hamberg, K. (2021). "It was as if I wasn't there" – Experiences of everyday racism in a Swedish medical school. *Social science & medicine*, 270, 113678.
- Kros, K., Harnacke, C., Felten, H., Broekroelofs, R., & Does, S. (2022). *'Een antidiscriminatievoorziening moet slagkracht hebben'*. Onderzoek naar hoe het meldproces bij discriminatie ingericht zou kunnen worden vanuit de behoeften van de gedupeerden. Utrecht: Movisie.

Kunesh, C. E., & Noltemeyer, A. (2019). Understanding disciplinary disproportionality: Stereotypes shape pre-service teachers' beliefs about black boys' behavior. *Urban Education*, 54(4), 471-498.

Landelijk opleidings- en competentieprofiel hbo-bacheloropleiding Pedagogiek. (2019). *Opgroeien en opvoeden ondersteunen*. Amsterdam: SWP.

Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159-170.

Leidsch Congres Bureau. (z.d.). *Webinar cultuursensitief werken*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van <https://www.leidscongresbureau.nl/events/webinar-cultuursensitief-werken-l2337>

Leij-Halfwerk, S., van Uden, D., Jooren, S. J., & van den Brink, G. (2023). Cultural competence of Dutch physician assistants: an observational cohort study. *BMC Medical Education*, 23(1), 142.

Lerner, J. S., & Tetlock, P. E. (1999). Accounting for the effects of accountability. *Psychological bulletin*, 125(2), 255.

Lewis, T. T., & Williams, D. R., Tamene, M., & Clark, C. R. (2014). Self-reported experiences of discrimination and cardiovascular disease. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 8(1), 1-15.

Leyerzapf, H., Abma, T. A., Steenwijk, R. R., Croiset, G., & Verdonk, P. (2015). Standing out and moving up: performance appraisal of cultural minority physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 20, 995-1010.

Lian Flem, A., Sewpaul, V., Juberg, A., & Viggen, K. (2021). Creating spaces for emancipatory praxis with social work students in a diverse classroom context. *Social Work Education*, 1-18.

Lindsay, S., Fuentes, K., Ragunathan, S., Lamaj, L., & Dyson, J. (2022). Ableism within health care professions: a systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 1-17.

Ljujic, V., & Verhaar, O. (2022). *Gelijk recht doen. Deelrapport politie*. Den Haag: Eerste Kamer der Staten Generaal.

Loss, J., Aldoughle, Y., Sauter, A., & von Sommoggy, J. (2020). 'Wait and wait, that is the only thing they can say': a qualitative study exploring experiences of immigrated Syrian doctors applying for medical license in Germany. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12.

Lünnemann, K., Kwakernaak, M., Compagner, M., & Voorwinden, M. (2021). *Geweldsmeldingen en calamiteiten in de jeugdzorg. Analyse van risico's en interventies*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Mlcek, S. (2014). Are we doing enough to develop cross-cultural competencies for social work?. *British Journal of Social Work*, 44(7), 1984-2003.

M'charek, A., Helberg-Proctor, A., & Buckle, J. (2016, 7 december). *Ook in de zorg: pas op met etnisch profileren*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/12/07/ook-in-de-zorg-pas-op-met-etnisch-profileren-5678585-a1535339#:~:text=Zorg%20op%20maat%20is%20ook,in%20de%20medische%20praktijk%20introduceert>.

Madou, S. (2020). 'De volgende keer wil ik gewoon een Nederlan'se'. *TvV Tijdschrift voor Verzorgenden*, 52, 10-13.

Manna, D. R., Bruijnzeels, M. A., Mokkink, H. G. A., & Berg, M. (2003). Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. *BMJ Quality & Safety*, 12(5), 353-358.

Mapes, B. M., Foster, C. S., Kusnoor, S. V., Epelbaum, M. I., AuYoung, M., Jenkins, G., ... & All of Us Research Program. (2020). Diversity and inclusion for the All of Us research program: a scoping review. *PloS one*, 15(7), e0234962.

Meijer, R., De Winter-Koçak, S., Cadat-Lampe, M. (2022). *Weerbaar tegen discriminatie. Werkzame elementen van weerbaarheidstrainingen tegen discriminatie voor jongeren met een migratieachtergrond*. Utrecht: KIS.

Merone, L., Tsey, K., Russell, D., & Nagle, C. (2022). Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Women's Health Reports*, 3(1), 49-59.

Metz, R. (2016, 25 november). Etnisch profileren, ik doe het dagelijks. *NRC*. Geraadpleegd op 18-1-2023, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/11/25/etnisch-profileren-ik-doe-het-dagelijks-5457335-a1533674>

Middel, F., López, M. L., Fluke, J., & Grietens, H. (2020). The effects of migrant background and parent gender on child protection decision-making: An intersectional analysis. *Child abuse & neglect*, 104, 104479.

Middel, F., López, M. L., Fluke, J., & Grietens, H. (2022). Racial/ethnic and gender disparities in child protection decision-making: What role do stereotypes play?. *Child Abuse & Neglect*, 127, 105579.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Politie, Artikel 1. (2022). *Discriminatiecijfers 2021. Een rapport over registraties van discriminatie-incidenten door de politie, en meldingen bij antidiscrimatievoorzieningen en andere organisaties in Nederland*. Den Haag: Ministerie van BZK.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 26 augustus). *Aantal wachtenden ggz licht gedaald, wachttijd is langer*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/07/07/aantal-wachtenden-ggz-licht-gedaald-wachttijd-is-langer>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerbrief kwaliteit van zorg. (2022, 23 december). *Beleidsnota cultuursensitieve zorg*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022D56757&did=2022D56757

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 28 december). *Passende zorg is inclusieve zorg*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2022/10/04/passende-zorg-is-inclusieve-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023) *Reactie op verzoek van het lid Kuzu, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 1 november 2022, over het onderzoeksrapport 'Discriminatie in de zorg'*. Kamerstuk 31765-760. Geraadpleegd op 30-3-2023, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2023D12337&did=2023D12337

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2023). *Kamerbrief kwaliteit van zorg. Reactie op verzoek van het lid Kuzu, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 1 november 2022, over het onderzoeksrapport 'Discriminatie in de zorg'*. Kamerstuk 31765-760. Geraadpleegd op 1-3-2023, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2023D12337&did=2023D12337

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 31 januari). *Zorg, jeugdhulp en toezicht in tijden van personeelstekorten*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.igj.nl/onderwerpen/personeelstekort/documenten/publicaties/2022/12/8/personeelstekorten-zorg-en-jeugdhulp>

Moayed, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., & Salem, S. (2006). Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(3), 311-327.

Mukhopadhyay, C. C., Henze, R., & Moses, Y. T. (2013). *How real is race?: A sourcebook on race, culture, and biology*. Rowman & Littlefield.

Monteith, M., Ashburn-Nardo, L., Voils, C. & Czopp, A. (2002). Putting the brakes on prejudice: on the development and operation of cues for control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1029.

Moayed, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., & Salem, S. (2006). Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(3), 311-327.

Muijsenbergh, M. V. D. & Busari, J. (2020). *Is er een "witte blik" in de gezondheidszorg?* Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.socialevraagstukken.nl/de-witte-blik-domineert-in-de-gezondheidszorg/>

- Mulder, L., Wouters, A., Twisk, J. W., Koster, A. S., Akwiwu, E. U., Ravesloot, J. H., ... & Kusurkar, R. A. (2022). Selection for health professions education leads to increased inequality of opportunity and decreased student diversity in The Netherlands, but lottery is no solution: A retrospective multi-cohort study. *Medical Teacher*, 44(7), 790-799.
- Nadan, Y., & Stark, M. (2017). The pedagogy of discomfort: Enhancing reflectivity on stereotypes and bias. *British Journal of Social Work*, 47(3), 683-700.
- NCDR. (2022). *Nationaal Programma tegen Discriminatie en Racisme 2022*. Den Haag: Ministerie van BZK.
- Nelson, J. K., Dunn, K. M., & Paradies, Y. (2011). Bystander anti-racism: A review of the literature. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 11(1), 263-284.
- Nhass, H. & Poerwoatmodjo, J. (2021). *Wanneer de patiënt niet op z'n best is. Een kwalitatieve verkenning naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten*. Utrecht: KIS.
- NJI. (2019, 30 oktober). Campagne benadrukt diversiteit van pleegzorg. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 29-03-2023, van Campagne benadrukt diversiteit van pleegzorg | Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl)
- NJI. (z.d., a). *Gebruik jeugdzorg door kinderen met migratieachtergrond*. Geraadpleegd op 12-4-2023, van <https://www.nji.nl/culturele-diversiteit/gebruik-jeugdzorg>
- NJI. (z.d., b). *Help! Wat is het verschil tussen jeugdzorg en jeugdhulp?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- NJI. (z.d., c). *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Geraadpleegd op 7-2-2023, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/>
- NNID. (z.d.). *Covid-19 en intersekse*. Geraadpleegd op 5 december 2022, van <https://www.seksediversiteit.nl/gevorderd/covid-19-en-intersekse/>
- Noor, S. (2016). *Van kwetsbaar naar weerbaar tegen ervaren discriminatie en uitsluiting. Wat is weerbaarheid en hoe worden jongeren met een migratieachtergrond weerbaar?* Utrecht: KIS.
- NRC. (2022). *Wat als een patiënt geen 'bruin persoon' aan het bed wil? 'De zorgplicht gaat voor'*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/01/wat-als-een-patient-geen-bruin-persoon-aan-het-bed-wil-de-zorgplicht-gaat-voor-a4146916>
- Nursing. (2021). *Gastblog Siska: 'Ik vind de zorg een onveilig werkklimaat voor jonge vrouwen'*. Geraadpleegd op 5-12-2022, van <https://www.nursing.nl/blog/gastblog-siska-ik-vind-de-zorg-een-onveilig-werkklimaat-voor-jonge-vrouwen/>

Overheid.nl. (2002). *Verdrag inzake de rechten van het kind, New York, 20-11-1989*. Geraadpleegd op 2-2-2023, van https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18#Verdrag_2

Overheid.nl. (2011). *Jaarverslag en slotweg Jeugd en Gezin 2010*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/kst-32710-XVII-1.html>

Overheid.nl. (2023). *Jeugdwet*. Geraadpleegd op 6-2-2023 van https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2023-01-01/#Hoofdstuk4_Paragraaf4.2_Sub-paragraaf4.2.a

Paalman, C. H., Terwee, C. B., Jansma, E. P., & Jansen, L. M. (2013). Instruments measuring externalizing mental health problems in immigrant ethnic minority youths: a systematic review of measurement properties. *PloS one*, 8(5), e63109.

Pels, T. (2015). 35 jaar integratieonderzoek: ontwikkelingen en opbrengsten. In: Janssens, J.M.A.M. (2016). *Transitie en transformatie in de jeugdzorg*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Pels, T., Distelbrink, M., & Tan, S. (2009). *Meetladder diversiteit interventies. Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor (etnische) doelgroepen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Pharos. (2019). *Opvoedondersteuning bij migranten en vluchtelinggezinnen Factsheet 2019*. Geraadpleegd op 29-3-2023, van <https://www.pharos.nl/factsheets/opvoedondersteuning-bij-migranten-en-vluchtelinggezinnen/>

Pharos. (2022). *Discriminatie in de zorg leidt tot minder goede behandeling en zorgmijding*. Geraadpleegd op 15-12-2022, van <https://www.pharos.nl/nieuws/discriminatie-in-de-zorg-onderzoek/>

Pointer. (2022, 2 maart). *Nederlandse gezondheidszorg kent grote genderongelijkheid: 'We missen kansen'*. Geraadpleegd op 13-2-2023, van <https://pointer.kro-ncrv.nl/nederlandse-gezondheidszorg-grote-genderongelijkheid-missen-kansen>

Pointer. (z.d.). *Vrouwengenees(on)kunde*. Geraadpleegd op 13-1-2023, van <https://pointer.kro-ncrv.nl/onderzoeken/vrouwengeneesonkunde>

Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S., & Kelly, Y. (2013). A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Social science & medicine*, 95, 115-127.

Quillian, L., & Lee, J. J. (2023). Trends in racial and ethnic discrimination in hiring in six Western countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120(6), e2212875120.

Qureshi, Z., Suleman, M., Richards, A., Sheather, J., & Bishop, H. (2021). Addressing racist parents in a paediatric setting: the nuance of zero tolerance policies. *BMJ*, 375.

RadboudUMC. (2020, 6 maart). *Meer aandacht nodig voor gender in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 13-1-2023, van <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2020/meer-aandacht-nodig-voor-gender-in-de-gezondheidszorg#:~:text=In%20de%20afgelopen%20%20tot,vormen%20van%20ontwikkeling%20en%20progressie>.

Regelhulp.nl. (z.d.). *Zonder titel*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/jeugdwet#:~:text=Voor%20kinderen%20en%20jongeren%20is,de%20Wmo%20aan%20de%20orde>

Regelhulp.nl. (z.d.). *Jeugdhulp*. Geraadpleegd op 28-03-2023, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/jeugdhulp-toegang>

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2017). *Wat is veiligheid? Definitie, prevalentie en gevolgen*. Geraadpleegd op 12-02-2023, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/residentiele-jeugdhulp/de-veiligheid-van-de-jeugdige/wat-is-veiligheid-definitie-prevalentie-en-gevolgen/>

Rijksoverheid. (2016, 9 februari). Het Nederlands Zorgstelsel. Geraadpleegd op 6-12-2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

Rijksoverheid.nl. (z.d.). *Wat kan ik doen als ik gediscrimineerd word?* Geraadpleegd op 21-3-2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/discriminatie-en-racisme/vraag-en-antwoord/wat-kan-ik-doen-als-ik-gediscrimineerd-word>

Rinaldi, C., & Bekker, M. (2021). Populist Radical Right Influence on Health Policy in the Netherlands: The Case of the Party for Freedom (PVV). *The Populist Radical Right and Health: National Policies and Global Trends*, 59-77.

RINO. (z.d.). *Interculturele ingrediënten. Niek Perquin over de pilot Interculturele GZ-psycholoog Kinder & Jeugd*. Geraadpleegd op 6-2-2023, van <https://www.rino.nl/big-opleidingen/interculturele-ingredienten>

Rivas-Drake, D., Seaton, E. K., Markstrom, C., Quintana, S., Syed, M., Lee, R. M., ... & Ethnic and Racial Identity in the 21st Century Study Group. (2014). Ethnic and racial identity in adolescence: Implications for psychosocial, academic, and health outcomes. *Child development*, 85(1), 40-57.

RIVM. (z.d.). *Organisatie van de Zorg*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg>

RTL Nieuws. (2022). *Kabinet: gesloten jeugdzorg moet in 2030 zijn verdwenen*. Geraadpleegd op 9-2-2023, van <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/artikel/5320015/gesloten-jeugdzorg-kleinschalig-grootschalig-2030>

RTV Rijnmond (2020, 23 april). *Meeste meldingen discriminatie over huidskleur, speciale aandacht voor islamofobie*. Geraadpleegd op 12-04-2023, van <https://www.rijnmond.nl/nieuws/194701/meeste-meldingen-discriminatie-over-huidskleur-speciale-aandacht-voor-islamofobie>.

Sadiraj, K., Bucx, F., & Ras, M. (2019). Gebruik en kosten van jeugdzorg door jeugdigen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97, 153-159.

Sadiraj, K., Bucx, F., & Ras, M. (2019). Use and costs of youth care by children with a Turkish or Moroccan background. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97, 153-159.

Samari, G., Alcalá, H. E., & Sharif, M. Z. (2018). Islamophobia, health, and public health: a systematic literature review. *American journal of public health*, 108(6), e1-e9.

Schäfer, G., Prkachin, K. M., Kaseweter, K. A., & De C Williams, A. C. (2016). Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. *Pain*, 157(8), 1618-1625.

Schellingerhout, R., Ooms, I., Eggink, E., & Boelhouwer, J. (2020). *Jeugdhulp in de wijk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Schiller, C., Winters, M., Hanson, H. M., & Ashe, M. C. (2013). A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-428>

Sekaquaptewa, D., Espinoza, P., Thompson, M., Vargas, P., & von Hippel, W. (2003). Stereotypic explanatory bias: Implicit stereotyping as a predictor of discrimination. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(1), 75-82.

Selleger, V. J., Bonke, B., & Leeman, Y. A. (2006). Student diversity at Erasmus Medical Centre Rotterdam: does it make any difference? *Medical teacher*, 28(5), e142-e148.

SER. (2021). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.

Serafini, K., Coyer, C., Speights, J. B., Donovan, D., Guh, J., Washington, J., & Ainsworth, C. (2020). Racism as experienced by physicians of color in the health care setting. *Family medicine*, 52(4), 282-287.

Seston, E. M., Fegan, T., Hassell, K., & Schafheutle, E. I. (2015). Black and minority ethnic pharmacists' treatment in the UK: A systematic review. *Research in social and administrative pharmacy*, 11(6), 749-768.

Shang, Z., Kim, J. Y., & Cheng, S. O. (2021). Discrimination experienced by Asian Canadian and Asian American health care workers during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(4), E998-E1004.

Shannon, G., Morgan, R., Zeinali, Z., Brady, L., Couto, M. T., Devakumar, D., ... & Muraya, K. (2022). Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. *The Lancet*, 400(10368), 2125-2136.

Shi, Y., & Zhu, M. (2022). Equal time for equal crime? Racial bias in school discipline. *Economics of Education Review*, 88, 102256.

Sim, W., Lim, W. H., Ng, C. H., Chin, Y. H., Yaow, C. Y. L., Cheong, C. W. Z., ... & Chong, C. S. (2021). The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: A qualitative systematic review. *PLoS One*, 16(8), e0255936.

Sirugo, G., Williams, S. M., & Tishkoff, S. A. (2019). The missing diversity in human genetic studies. *Cell*, 177(1), 26-31.

Sjoding, M. W., Dickson, R. P., Iwashyna, T. J., Gay, S. E., & Valley, T. S. (2020). Racial bias in pulse oximetry measurement. *New England Journal of Medicine*, 383(25), 2477-2478.

SKJ. (z.d.). *Professionals*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://skjeugd.nl/professionals/>

Skiba, R. J., Michael, R. S., Nardo, A. C., & Peterson, R. L. (2002). The color of discipline: Sources of racial and gender disproportionality in school punishment. *The urban review*, 34, 317-342.

Skjeggstad E. (2015). International medical graduates' perceptions of entering the profession in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 12-13(135).

Sondeijker, F., Sarti, A., & Geenen, M. (2020). *Hoe gaat het nu met jongeren uit de JeugdzorgPlus? Periode 2008-2013*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Soelen, C. van. (2020). *Minister: 'Instellingen moeten in actie komen tegen racisme in de zorg'*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5193920/racisme-zorg-verpleegkundige-discriminatie>.

Stahl-Gugger, A., & Hämmig, O. (2022). Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees—a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC health services research*, 22(1), 1-13.

Starremans, S. (2020a). Racisme in de zorg: zeg er wat van. *Nursing*, 26(7–8), 32–35. <https://doi.org/10.1007/s41193-020-0105-1>

Starremans, S. (2020b). 'Witte collega's kunnen het verschil maken.' *Nursing*, 26(9), 50–53. <https://doi.org/10.1007/s41193-020-0125-x>

Stichting Zwerfjongeren Nederland. (2012). *Jongerenparticipatie gewoon doen! De stem van jongeren in hun instelling*. Amsterdam: W.C. Den Ouden.

Tahir, A. (2022). *Islamophobia – Time to tackle denial*. Geraadpleegd op 30-3-2023 van <https://www.rcgp.org.uk/Blog/Time-to-Tackle-Denial>.

Ter Steege, L. (2022). *De witte huid domineert de medische literatuur*. Geraadpleegd op 1-3-2023 van <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/de-witte-huid-domineert-de-medische-literatuur.html>

Thijssen, L., van Tubergen, F., Coenders, M., Hellpap, R., & Jak, S. (2022). Discrimination of Black and Muslim minority groups in western societies: evidence from a meta-analysis of field experiments. *International Migration Review*, 56(3), 843-880.

Thomas, E. F., McGarty, C., Spears, R., Livingstone, A. G., Platow, M. J., Lala, G., & Mavor, K. (2020). 'That's not funny!' Standing up against disparaging humor. *Journal of Experimental Social Psychology*, 86, 103901.

Tierolf, B., Steketee, M., Gilsing, R., & Bellaart, H. (2017). *Leefomstandigheden van kinderen met een migratieachtergrond*. Utrecht: KIS.

Timmerman, M. C., Schreuder, P. R., Harder, A. T., Dane, J., Van der Klein, M., & Walhout, E. C. (2012). *Aard en omvang van seksueel misbruik in de residentiële jeugdzorg en reacties op signalen van dit misbruik (1945-2008)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Tjitra, J. J., Leyerzapf, H., & Abma, T. A. (2011). "Dan blijf ik gewoon stil": ervaringen van allochtone studenten met interculturalisatie tijdens de opleiding Geneeskunde. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 30, 292-301.

Transgender Netwerk Nederland. (2022). *Meerderheid transpersonen ervaart discriminatie in de zorg*. Geraadpleegd op 5-12-2022 van <https://www.transgendernetwerk.nl/meerderheid-trans-personen-ervaart-discriminatie-in-de-zorg>

Tsai, C.-L., Sullivan, A. F., Gordon, J. A., Kaushal, R., Magid, D. J., Blumenthal, D., & Camargo, C. A. (2012). Racial/ethnic differences in emergency care for joint dislocation in 53 US EDs. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30(9), 1970-1980.

Ugiagbe, I. M., Liu, L. Q., Markowski, M., & Allan, H. (2023). A critical race analysis of structural and institutional racism: Rethinking overseas registered nurses' recruitment to and working conditions in the United Kingdom. *Nursing Inquiry*, 30(1), e12512.

Utting, P. (2003). Corporate responsibility and labour issues in China: Reflections on a Beijing conference. *Journal of Corporate Citizenship*, (10), 21-27.

- Van Alten, J., Berger, M., Derksen, K., & Rondeel, M. (2017) *Competentieprofiel hbo jeugd- en gezinsprofessional* Utrecht: Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Van Andel, C. E., Born, M. P., van den Broek, W. W., & Stegers-Jager, K. M. (2022). Student ethnicity predicts social learning experiences, self-regulatory focus and grades. *Medical education*, 56(2), 211-219.
- Van Andel, C. E. E., Born, M. P., Themmen, A. P. N., & Stegers-Jager, K. (2019). Broadly sampled assessment reduces ethnicity-related difference in clinical grades. *Medical Education*, 53(3), 264-275.
- Van Andel, 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.
- Van de Haterd, J., Poll A., Felten, H., Vos, R., & Bellaart, H. (2010) *Naar interculturele competentie profielen in het preventieve en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Denzel, S., Van Driel, A., & Vondel, M. (2014). *Het gaat niet over seks. Een onderzoek naar seksuele diversiteit in de jeugdhulpverlening. Afstudeeronderzoek*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Van der Helm, P. (2011). *First do no Harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions. Proefschrift*. Amsterdam, SWP.
- Van der Helm, P., Beld, M., & Stams, G. J. (2014). De hardnekkige mythe dat straffen helpt bij opvoeden in de gesloten jeugdzorg. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk*, 53.
- Van der Tuin, I., Fiere, B. (2022). *'Groot verantwoordelijkheidsgevoel en een dikke huid. Hoe gaan zorgverleners in Rotterdamse ouderenzorg om met discriminatie door cliënten?* Rotterdam: Idem Rotterdam.
- Van Eijnsden, P. (2019). Rassengeneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163.
- Van Hagen, L. J., Muntinga, M., Appelman, Y., & Verdonk, P. (2020). Sex- and gender-sensitive public health research: an analysis of research proposals in a research institute in the Netherlands. *Women & Health*, 1-11.
- Van Lisdonk, J., & Kuyper, L. (2015). *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 55-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Discriminatie in gezondheid. Over de invloed van discriminatie in de zorg op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. Utrecht: Pharos.
- Van Zenderen, K., Van Berlo, W., Vink, R., & Feenstra, H. (2015). *Seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële jeugdzorg en reacties van professionals: Een literatuuronderzoek*. Utrecht: Movisie, TNO & Rutgers.

Vedder, P., & Van Geel, M. (2017). Minderheden in de jeugdzorg. In: van IJzendoorn, M., van Rosmalen, L. (Eds) *Pedagogiek in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhulp, E. E., Stevens, G. W., & Vollebergh, W. A. (2018). Op zoek naar verklaringen voor de ondervertegenwoordiging in de jeugdhulp van jongeren met een migratieachtergrond. *Kind en Adolescent*, 39, 16-181.

Vigod, S. N., & Rochon, P. A. (2020). The impact of gender discrimination on a Woman's Mental Health. *eClinicalMedicine*, 20, 100311.

Visser, A., & Felten, H. (2018). *Discriminatie in werving en selectie aanpakken: wat werkt? Zes typen aanpakken onder de loep*. Utrecht: Movisie.

West, M., Dawson, J., & Kaur, M. (2015). *Making the difference. Diversity and inclusion in the NHS*. Londen: The King's Fund.

Walz, G., & Fiere, B. (2022). *Discriminatiecijfers in 2021. Een rapport over registraties van discriminatie-incidenten door de politie, en meldingen bij antidiscrimatievoorzieningen en andere organisaties in Nederland*. Art. 1. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/05/24/discriminatiecijfers-in-2021>

Walz, G., & Fiere, B. (2023). *Discriminatiecijfers in 2022. Een rapport over registraties van discriminatie-incidenten door de politie, en meldingen bij antidiscrimatievoorzieningen en andere organisaties in Nederland*. Art. 1. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/04/25/rapport-landelijke-discriminatiecijfers-in-2022>

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, Wrr-Rapport 104. 2021*. Geraadpleegd op 1-3-2023, van <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

Wetten.overheid.nl (2020). *Algemene Wet Gelijke Behandeling*. Geraadpleegd op 10-2-2023, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006502/2020-01-01>

WHO. (2022). *Disability*. Geraadpleegd op 16-12-2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Wierdsma, A., Mies, G., & Kamperman, A. (2013). Worden etnische verschillen in de toegankelijkheid en het gebruik van de jeugd-GGZ minder? *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 91(7): 423-430.

Witte, S., Lopez, M. L., & Baldwin, H. (2020). The voice of the child in child protection decision-making: A cross-country comparison of policy and practice in England, Germany, and the Netherlands. In *Decision Making and Judgement in Child Welfare and Protection: Theory, Research, and Practice*. Oxford University Press.

Wojczewski S, Pentz S, Blacklock C, Hoffmann K, Peersman W, Nkomazana O, Kutalek R. (2015). African female physicians and nurses in the global care chain: qualitative explorations from five destination countries. *PLoS One*, 10(6).

Yip, T., Wang, Y., Mootoo, C., & Mirpuri, S. (2019). Moderating the association between discrimination and adjustment: A meta-analysis of ethnic/racial identity. *Developmental Psychology*, 55(6), 1274.

Yolci, A., Schenk, L., Sonntag, P. T., Peppler, L., Schouler-Ocak, M., & Schneider, A. (2022). Observed and personally experienced discrimination: findings of a cross-sectional survey of physicians and nursing staff. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-10.

Zeeman, L., & Aranda, K. (2020). A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6533.

Zemouri, C. (2022). *Invloed van kansen(on)gelijkheid op de ontwikkeling van het kind. Rondetafelgesprek "Het Jonge Kind" Kamercommissie Sociale Zaken en Werkgelegenheid*. Amsterdam: Zemouri Public health research & consultancy.

Zemouri, C. Z. (2022). *Discriminatie in de zorg. Wetenschappelijk Instituut STATERA*. Geraadpleegd op 31-1-2023 van, <https://instituutstatera.nl/discriminatie-maakt-ziek>

Zhang, L., Losin, E. A. R., Ashar, Y. K., Koban, L., & Wager, T. D. (2021). Gender biases in estimation of others' pain. *The journal of pain*, 22(9), 1048-1059.

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie/missie-en-visie#:~:text=Goede%20zorg%20die%20toegankelijk%20is,is%20de%20verantwoordelijkheid%20van%20iederereen>.

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Zorginstituut Nederland*. Geraadpleegd op 29-03-2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/>

Zorgvisie. (2021). *Sekse en gender maken verschil in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 5 december 2022, van <https://www.zorgvisie.nl/magazine-artikelen/sekse-en-gender-maken-verschil-in-de-gezondheidszorg/>

Zou, J., & Schiebinger, L. (2018). AI can be sexist and racist – it's time to make it fair. *Nature*, 559, 324-326.

Zou, J., & Schiebinger, L. (2021). Ensuring that biomedical AI benefits diverse populations. *EBioMedicine*, 67, 103358.