Groot verantwoordelijkheidsgevoel en een dikke huid

Hoe gaan zorgverleners in de Rotterdamse ouderenzorg om met discriminatie door cliënten?

April 2022 - Inte van der Tuin en Bauke Fiere

IDEM ROTTERDAM

Met dank aan de respondenten die hun ervaringen met ons wilden delen.

Tekst

Inte van der Tuin, Bauke Fiere

Met medewerking van

Jana de Prieëlle en Kim van Hees

Dit rapport is een uitgave van IDEM Rotterdam en gefinancierd door de Gemeente Rotterdam.

IDEM Rotterdam - Expertisecentrum voor een Inclusieve Stad

Grotekerkplein 5, 3011 GC Rotterdam

Email: info@idem.nl en website: www.idemrotterdam.nl

In de ouderenzorg werken veel gekleurde mensen op het moment. Dat doen ze met heel veel liefde naar de cliënten toe, maar dat wordt niet altijd gewaardeerd. Daar word je verdrietig van. Dan denk ik: 'Ik doe de moeite, maar waarvoor eigenlijk?'

Respondent over discriminatie van zorgverleners door cliënten

Inhoudsopgave

Samenvatting 6
1. Inleiding 8
1.1 Discriminatie van zorgverleners 8
1.2 Focus op Rotterdamse ouderenzorg 9
1.3 Onderzoeksvragen 9
1.4 Leeswijzer 10
2. Aanpak van het onderzoek 11
2.1 Onderzoeksmethoden 11
2.2 Werving respondenten 11
2.3 Representativiteit 12
3. Literatuuronderzoek 13
3.1 Discriminatie en racisme 13
3.2 Cijfers over discriminatie door cliënten/patiënten 13
3.3 Discriminatie in de ouderzorg 14
3.4 Effect van discriminatie 15
3.5 Copingstrategieën 16
3.6 Opstelling van zorgorganisaties 17
4. Discriminatie-ervaringen van zorgverleners 18
4.1 Hoe vaak komt discriminatie voor? 18
4.2 Vormen van discriminatie 18
4.2.1 Discriminerend verzoek tijdens intake 18
4.2.2 Zorgverlener expliciet afwijzen 19
4.2.3 Fysieke agressie tegen zorgverleners van kleur 20
4.2.4 Bedreigen en klagen over zorgverleners van kleur 21
4.2.5 Discriminerend beledigen en kleineren 22
4.3 Effect van discriminatie door cliënten 22
5. Reacties van zorgverleners op discriminatie 25
5.1 Dilemma 25
5.2 Copingstrategieën van zorgverleners 25
5.2.1 Steun zoeken 25
5.2.2 Verbinden 26
5.2.3 Confronteren en polariseren 27
5.2.4 Conformeren en vermijden 28
5.2.5 Melden van discriminatie 29
6. Behoeften van zorgverleners 31

6.1 Steun van directe collega's 31
6.2 Leidinggevende die een grens trekt 31
6.3 Diversiteit onder personeel 32
7. Omgang met discriminatie door cliënten binnen organisaties 33
7.1 Grote verschillen 33
7.2 Beeld van discriminatie door cliënten 33
7.2.1 Discriminatie komt vaker voor dan wordt gemeld 33
7.2.2 Voorbeelden van discriminatie door cliënten 34
7.2.3 Hoge mate van acceptatie onder zorgverleners 34
7.3 Richtlijnen binnen organisaties 35
7.3.1 Reactie op discriminatie tijdens intake 35
7.3.2 Beleid grensoverschrijdend gedrag 37
7.3.3 Handelen leidinggevenden bij discriminatie 39
7.4 Meer structurele aandacht nodig 40
8. Behoeften van leidinggevenden 43
8.1 Investeren in duidelijke lijn binnen team 43
8.2 Duidelijkheid over handelen leidinggevende 44
8.3 Diversiteit onder personeel 44
9. Conclusie 46
10. Literatuurlijst 48
Bijlage 1. Overzicht van respondenten 50
Bijlage 2. Analyse van resultaten vragenlijst 52

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek naar discriminatie van zorgverleners door cliënten en/of naasten in de Rotterdamse ouderenzorg schetsen we een beeld van discriminatie-ervaringen van zorgverleners en de impact hiervan. Ook beschrijven we de uiteenlopende manieren waarop zorgverleners op discriminatie reageren en de wijze waarop binnen ouderenzorgorganisaties met de problematiek wordt omgegaan. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op interviews met 12 zorgverleners, met 10 leidinggevenden, met 4 medewerkersvertrouwenspersonen, een arbocoördinator en een kwaliteitsmedewerker. Ook de resultaten van een online vragenlijst voor zorgverleners zijn in de analyse meegenomen. De respondenten zijn werkzaam in de intramurale en de extramurale ouderenzorg. De geïnterviewde zorgverleners werken als verzorgende, verpleegkundige, huishoudelijke hulp, helpende, medewerker klantondersteuning, medewerker participatie en geestelijk verzorger.

Zorgverleners met een migratieachtergrond in de Rotterdamse ouderenzorg krijgen regelmatig te maken met discriminatie door cliënten en/of naasten van cliënten. Vooral zorgverleners met een donkere huidskleur en zorgverleners die een hoofddoek dragen worden vanwege deze kenmerken afgewezen. Soms geven cliënten tijdens een intakegesprek al aan dat zij niet zitten te wachten op een zorgverlener met een migratieachtergrond. Het komt ook voor dat zorgverleners in de thuiszorg aan de deur worden geweigerd of in een verpleeghuis de kamer van een cliënt uit worden gestuurd. Daarnaast krijgen zij tijdens hun werk te maken met beledigende opmerkingen van cliënten, waarbij soms ook hun deskundigheid in twijfel wordt getrokken. In enkele gevallen komt het voor dat er sprake is van discriminatie in de vorm van fysieke agressie of bedreiging. Daarnaast worden mannelijke zorgverleners zeer regelmatig afgewezen vanwege hun geslacht/gender. Vaak spelen gêne en preutsheid van cliënten hierbij een rol, maar seksisme bij cliënten komt ook voor. Tenslotte krijgen ook homoseksuele zorgverleners te maken met afwijzing en belediging door cliënten.

Discriminatie vanwege migratieachtergrond, geslacht/gender en seksuele oriëntatie raakt zorgverleners. De discriminatie-ervaringen roepen gevoelens van teleurstelling, verdriet, machteloosheid en frustratie bij hen op. Daarbij maken de ervaringen een deel van de zorgverleners onzeker. Zij gaan door de afwijzingen twijfelen aan hun eigen professionele kwaliteiten. Zorgverleners van kleur die in hun leven vaker met discriminatie te maken hebben gekregen, benoemen dat zij een ‘dikke huid’ hebben ontwikkeld en hebben geleerd om zich er niet meer door te laten raken. Daarbij beschouwt een deel van de respondenten het uitschakelen van je gevoel bij discriminatie als een teken van professionaliteit. Deze reactie op discriminatie wordt nog eens gestimuleerd door het feit dat een deel van de cliënten in de ouderenzorg een cognitieve stoornis heeft. Een deel van de zorgverleners relativeert discriminerend gedrag door dit te verklaren op basis van een stoornis, zoals dementie.

Zorgverleners reageren op verschillende manieren op discriminatie door cliënten. Discriminerend gedrag van cliënten confronteert hen met een dilemma: zorg ik goed voor mezelf of goed voor de cliënt? Zorgverleners willen hun werk goed doen en voelen zich verantwoordelijk voor hun kwetsbare en zorgafhankelijke cliënten, waardoor de belangen van de cliënt vaak zwaarder wegen dan die van henzelf. Bij ervaren discriminatie zoeken alle respondenten steun bij hun collega’s en/of leidinggevende, maar dat zij hun grenzen aangeven in contact met de cliënt is minder vanzelfsprekend. In de meeste gevallen doen zorgverleners ook geen formele melding van discriminatie binnen hun organisatie. De enige situatie waarin wel sprake is van een duidelijke lijn is bij discriminatie tijdens een intakegesprek binnen de thuiszorg. Als cliënten op dat moment zonder

gegronde reden een discriminerend verzoek doen, benadrukken de meeste ouderenzorgorganisaties dat zij discriminatie niet accepteren.

Alle ouderenzorgorganisaties hebben een meldsysteem voor grensoverschrijdend gedrag door cliënten, waaronder discriminatie valt. Ook zijn er protocollen beschikbaar voor de omgang met dit soort gedrag. Tenslotte is er een medewerkersvertrouwenspersoon met wie zorgverleners contact kunnen opnemen om ervaringen te bespreken. Beleidsmatig is de omgang met discriminatie dus goed geregeld. De praktijk is echter weerbarstig en zowel leidinggevenden met ervaring met discriminatie van zorgverleners door cliënten als vertrouwenspersonen benadrukken dat er meer aandacht nodig is voor deze problematiek. Zij zien dat zorgverleners over het algemeen zeer veel begrip hebben voor grensoverschrijdend gedrag van cliënten en dit gedrag ook accepteren. Daarbij worden discriminatie-ervaringen van zorgverleners niet door alle collega's en leidinggevenden serieus genomen. De wijze waarop er binnen organisaties met discriminerende cliënten wordt omgegaan verschilt sterk per team. Respondenten hebben dan ook behoefte aan een duidelijke lijn in de omgang met discriminatie door cliënten en aan meer mogelijkheden om consequenties te verbinden aan dit ongewenste gedrag, met name binnen de intramurale zorg.

1. Inleiding

De onderwerpen inclusieve zorg en cultuursensitief werken krijgen landelijk en in de gemeente Rotterdam veel aandacht. De gemeente Rotterdam stelt op dit vlak duidelijke eisen aan zorgaanbieders. In het investeringsplan Rotterdam tegen Racisme (2020-2022) staat dat zorgaanbieders waarmee de gemeente een contract afsluit aantoonbaar antidiscriminatiebeleid moeten hebben. In het Rotterdamse beleid met betrekking tot (het tegengaan van) discriminatie en cultuursensitief werken in de zorg lijkt de meeste aandacht uit te gaan naar de kant van zorgvragers. Er lijkt minder oog te zijn voor de ervaringen van zorgverleners, terwijl ook die tijdens hun werk in de relatie met zorgvragers te maken krijgen met discriminatie.

1.1 Discriminatie van zorgverleners

Een recent gepubliceerd verkennend onderzoek van Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) laat zien dat zorgmedewerkers met een migratieachtergrond regelmatig te maken krijgen met vooroordelen en discriminatie geuit door cliënten/patiënten.[1] Medewerkers in de zorg krijgen te maken met uiteenlopende vormen van discriminatie en zorginstellingen lijken te worstelen met het voorkomen en aanpakken van dit probleem. Het brede onderzoek van KIS benadrukt de urgentie van de aanpak van discriminatie in de zorg en de behoefte aan onderzoek naar specifieke sectoren.

Op grond van de Algemene wet gelijke behandeling hebben werkgevers namelijk de plicht om te zorgen voor een discriminatievrije werkomgeving. In de beleidsplannen van de gemeente komt dit onderwerp niet aan de orde, maar in de contracten met zorgaanbieders stelt de gemeente wel de eis dat zorgaanbieders in beleid en protocollen vastleggen hoe zij inclusiviteit en diversiteit stimuleren.[2] Inclusiviteit betekent dat medewerkers zichzelf kunnen zijn tijdens hun werk, de ruimte ervaren om hun talenten te laten zien en zich op een positieve manier verbonden voelen met hun werkgever en collega's.[3] Het ervaren van discriminatie tijdens het werk staat inclusiviteit in de weg. Ook cultuursensitief werken komt onder druk te staan als je als zorgverlener (regelmatig) te maken krijgt met discriminatie door cliënten/patiënten. Voor effectieve zorg is immers een goede samenwerking tussen zorgverlener en zorgvrager noodzakelijk.[4]

---

[1] Nhass, H. en J. Poerwoatmodjo (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.

[2] De volgende tekst is opgenomen in de contracten met zorgaanbieders:

<u>Diversiteit en cultuursensitief</u>

De Aanbieder biedt professionele, toegankelijke Ondersteuning waar oog is voor verschillen in cultuur, religie en seksuele geaardheid. De Aanbieder draagt er zorg voor dat de Ondersteuning wordt gegeven met respect voor de achtergrond, levensovertuiging en cultuur van de Cliënt. Aanbieder neemt in zijn beleid en protocollen op hoe hij inclusiviteit en diversiteit stimuleert en Cultuursensitief werkt binnen zijn organisatie, waaronder anti-discriminatie-beleid.

<u>Professioneel</u>

Beroepskrachten zijn discreet en gedragen zich professioneel, cliëntvriendelijk en integer. Beroepskrachten stemmen hun houding, bejegening en gedrag af op de Cliënt.

[3] Deze definitie is ontleend aan de Nederlandse InclusiviteitsMonitor.

[4] Zie bijvoorbeeld: Walsh, K. en I. Shutes (2013). 'Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people'. *Ageing and society*, 33, 393-420.

1.2 Focus op Rotterdamse ouderenzorg

Voortbouwend op het onderzoek van KIS, brengt IDEM in dit onderzoek ervaringen van zorgverleners met discriminatie door cliënten en eventueel hun naasten in beeld.[5] Wij richten ons op een specifiek en omvangrijk deel van de zorgsector in Rotterdam: de ouderenzorg. Hierbij kijken wij zowel naar de intramurale ouderenzorg in verpleeghuizen als naar de extramurale zorg bij mensen thuis. In de verpleging, verzorging en thuiszorg voor met name ouderen werkt het grootste aantal mensen met een migratieachtergrond binnen de zorgsector en zeker in de regio Rotterdam is het personeel zeer etnisch-divers.[6] De ouderenzorg kampt met een personeelstekort.[7] Het is daarom van groot belang om gekwalificeerd personeel te behouden. Ervaren discriminatie zorgt juist voor uitval en uitstroom van personeel.[8] Dergelijke negatieve ervaringen hebben immers invloed op het werkplezier, de werkstress en het algemene welzijn van mensen. Eerder publiceerde IDEM een artikel over de impact van discriminatie in de ouderenzorg, waarin het verhaal van zorgverlener Yuna wordt beschreven, die vreselijk leed onder racisme.[9]

1.3 Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staat discriminatie in brede zin centraal. We onderzoeken niet alleen racisme of discriminatie vanwege etniciteit, maar kijken naar alle gronden waarop zorgverleners discriminatie kunnen ervaren.

In dit onderzoeksrapport geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Op welke manieren en op welke discriminatiegronden ervaren zorgverleners in de Rotterdamse ouderenzorg discriminatie door cliënten?
- Welke effecten hebben discriminatie-ervaringen op zorgverleners?
- Hoe gaan zorgverleners die discriminatie door cliënten ervaren hiermee om (m.a.w. welke copingstrategieën zetten zij in)?
- Welke behoeften hebben zorgverleners als het gaat om de omgang met de problematiek binnen hun zorgorganisatie?

- Welke ervaring(en) hebben leidinggevenden met de problematiek van discriminatie door cliënten?
- Welk beleid hanteren zorgorganisaties voor de omgang met discriminatie van zorgverleners door cliënten?
- Hoe gaan leidinggevenden om met meldingen van zorgverleners over discriminatie-ervaringen?
- Welke behoeften hebben leidinggevenden als het gaat om de aanpak van de problematiek door hun organisatie?

---

[5] Zorgverleners kunnen tijdens hun werk ook gediscrimineerd worden door collega's en/of leidinggevenden. In de interviews voor dit onderzoek kwamen ook ervaringen met discriminatie in deze relaties naar voren. Dit onderzoeksrapport draait echter om discriminatie van zorgverleners door cliënten.
[6] UWV (2020). *Factsheet arbeidsmarkt zorg*.
[7] Trouw/Marco Visser (2022). *Zorgkosten stijgen de komende jaren explosief door tekort aan personeel, en dat zet de kwaliteit onder druk*.
[8] Hammond, W. P., Gillen, M., & Yen, I. H. (2010). 'Workplace discrimination and depressive symptoms: A study of multi-ethnic hospital employees.' *Race and Social Problems*, *2*(1), 19-30. Zie ook: Andriessen, I., J. Hoegen-Dijkhof, A. van der Torre, E. van den Berg, I. Pulles en J. Iedema (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
[9] IDEM/Wilke Martens (2020). 'Racisme in de ouderenzorg: het verhaal van Yuna'.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten wij de aanpak van dit onderzoek naar discriminatie van zorgverleners in de ouderenzorg toe. In hoofdstuk 3 bespreken wij wat er vanuit de literatuur bekend is over discriminatie van zorgverleners door cliënten. In hoofdstuk 4 bespreken wij de discriminatie-ervaringen van geïnterviewde zorgverleners en de impact hiervan. Hoofdstuk 5 gaat over de verschillende manier waarop geïnterviewde zorgverleners omgaan met discriminatie door cliënten. In hoofdstuk 6 besteden we aandacht aan de belangrijkste behoeften van zorgverleners als het gaat om de omgang met de problematiek binnen hun zorgorganisatie. In hoofdstuk 7 bespreken we de richtlijnen binnen ouderenzorgorganisaties met betrekking tot discriminatie door cliënten en de kennis en ervaring van geïnterviewde leidinggevenden vertrouwenspersonen, een arbocoördinator en een kwaliteitsmedewerker. Hoofdstuk 8 gaat over de belangrijkste behoeften van leidinggevenden als het gaat om de omgang met discriminatie door cliënten. Tenslotte ronden wij dit rapport af met een conclusie en aanbevelingen voor ouderenzorgorganisaties.

2. Aanpak van het onderzoek

Dit onderzoek is gebaseerd op literatuuronderzoek, interviews met zorgverleners, leidinggevenden en vertrouwenspersonen in de ouderenzorg en een digitale vragenlijst voor zorgverleners. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak toegelicht.

2.1 Onderzoeksmethoden

Allereerst is literatuuronderzoek gedaan om inzicht te krijgen in wat er op basis van eerder Nederlands en buitenlands onderzoek bekend is over discriminatie van zorgverleners door cliënten in de (ouderen)zorg. De inzichten uit eerder onderzoek zijn meegenomen in de voorbereiding van dit onderzoek. Vervolgens is er een digitale vragenlijst uitgezet onder zorgverleners in de Rotterdamse ouderenzorg. Hierin stonden vragen over onder andere hun ervaringen met discriminatie tijdens hun werk, de discriminatiegrond(en) die een rol speelden bij de ervaren discriminatie, de discriminatievorm en of zij de ervaring met anderen hebben besproken. Daarnaast zijn er semigestructureerde interviews uitgevoerd met 12 zorgverleners in de ouderenzorg die discriminatie door cliënten hebben ervaren, met 10 leidinggevenden in de ouderenzorg en met 4 vertrouwenspersonen, een arbocoördinator en een kwaliteitsmedewerker (zie Bijlage 1 voor een overzicht van de respondenten). Dit onderzoek draait om ervaren discriminatie. De geïnterviewde zorgverleners beschouwen hun ervaringen als discriminatie en de onderzoekers gaan uit van de onderbouwingen van respondenten. De ervaringen zijn niet getoetst bij andere betrokkenen en niet beoordeeld in het licht van de Gelijkebehandelingswetgeving.

In de gesprekken met zorgverleners is onder andere gevraagd naar hun discriminatie-ervaringen, de effecten van deze ervaring(en), op welke manieren zij op de discriminatie hebben gereageerd en welke behoeften zij hebben als het gaat om de omgang met discriminatie door cliënten binnen ouderenzorgorganisaties. Leidinggevenden zijn onder andere bevraagd op hun ervaringen met discriminatie van zorgverleners door cliënten, het beleid en de protocollen die er zijn voor de omgang met deze problematiek, hoe zij zelf handelen als een medewerker wordt gediscrimineerd door een cliënt en wat er beter zou kunnen in de omgang hiermee. Vertrouwenspersonen hebben vragen gekregen over de meldingen die zij krijgen over discriminatie door cliënten, het beleid en de protocollen, en hun inzichten over de omgang met de problematiek binnen de organisatie. Vanwege de geldende coronabeperkingen hebben de meeste interviews voor dit onderzoek digitaal via Microsoft Teams plaatsgevonden. Een aantal respondenten had een voorkeur voor een fysieke afspraak en in die gevallen is daarvoor gekozen. Alle interviews zijn opgenomen. De geluidsopnamen van de interviews zijn getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd.

2.2 Werving respondenten

Door de coronapandemie is de druk op het personeel in de ouderenzorg (sterk) toegenomen. Desondanks is het gelukt om voldoende respondenten te vinden voor dit onderzoek. Als eerste is de digitale vragenlijst uitgezet, tegelijk met de uitnodiging voor zorgverleners en leidinggevenden om deel te nemen aan dit onderzoek door middel van een interview. Deze zijn door IDEM gepromoot op sociale media en daarnaast door enkele contacten bij ouderenzorgorganisaties verspreid.[10] Een deel van de respondenten voor interviews is geworven via de digitale vragenlijst.[11] Daarnaast zijn er

[10] Het is helaas niet gelukt om de vragenlijst breed te laten verspreiden binnen de Rotterdamse ouderenzorgorganisaties. Dit was de ambitie, maar wij hebben de organisaties hiertoe niet kunnen bewegen.
[11] Hierin was de vraag opgenomen of de respondent uitgebreider geïnterviewd wilde worden over ervaringen met discriminatie door cliënten (in Bijlage 2 is de complete vragenlijst te vinden). Een klein deel van de respondenten was daartoe bereid en deelde de eigen contactgegevens met de onderzoekers.

respondenten geworven via het netwerk van IDEM en RADAR en via het netwerk van samenwerkingspartner SKIN Rotterdam. De digitale vragenlijst stond online in de maanden juni tot en met november 2021. De interviews hebben plaatsgevonden in de maanden augustus 2021 tot en met januari 2022. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen gebruiken wij in dit rapport fictieve namen voor geïnterviewde zorgverleners en noemen wij in de tekst geen namen van ouderenzorgorganisaties.

In eerste instantie was de inzet om meer zorgverleners te interviewen dan nu is gelukt. Toen tijdens het onderzoek bleek dat de mogelijkheden om zorgverleners te bereiken beperkt waren en de aanmeldingen voor interviews opdroogden, is besloten om meer in te zetten op het interviewen van leidinggevenden. Vermoedelijk droeg het feit dat dit onderzoek in opdracht van de gemeente Rotterdam is uitgevoerd bij aan de bereidheid van ouderenzorgorganisaties om mee te werken. Het is gelukt om ten minste van alle ouderenzorgorganisaties met een contract met de gemeente Rotterdam een leidinggevende of een zorgverlener te interviewen. Via de communicatieafdelingen die wij als ingang hadden zijn wij ook in contact gekomen met de geïnterviewde vertrouwenspersonen, kwaliteitsmedewerker en arbocoördinator. Juist de combinatie van drie verschillende perspectieven bleek zeer waardevol om inzicht te krijgen in discriminatie in de ouderenzorg.

2.3 Representativiteit

De respondenten die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd hebben verschillende etnisch-culturele achtergronden, verschillende religies en verschillende leeftijden. Ook hebben wij zowel mannen als vrouwen geïnterviewd. Mannen zijn echter wel ondervertegenwoordigd in de ouderenzorg en ook in dit onderzoek. Relatief veel van de geïnterviewde zorgverleners zijn werkzaam als verzorgende en verpleegkundige. Daarnaast hebben ook zorgverleners met een aantal andere functies in de ouderenzorg meegewerkt aan dit onderzoek, waaronder een groot aantal huishoudelijke hulpen die de digitale vragenlijst hebben ingevuld. We hebben geen artsen of andere (medisch) specialisten kunnen interviewen. Gezien het verschil in status tussen een arts en bijvoorbeeld een verzorgende is het aannemelijk dat de ervaringen van (medisch) specialisten met discriminatie door cliënten verschillen van die van de respondenten van dit onderzoek. Verder hebben wij geen zorgverleners bereikt die de Nederlandse taal beperkt beheersen. Door onze werving via een digitale vragenlijst en een digitale uitnodiging hebben wij (onbedoeld) een groep zorgverleners uitgesloten die geen of beperkt Nederlands leest en schrijft en mogelijk geen toegang heeft tot internet.

Voor dit onderzoek hebben wij van alle gecontracteerde aanbieders van ouderenzorg in de gemeente Rotterdam tenminste een leidinggevende en/of medewerker geïnterviewd. En daarnaast ook nog vertrouwenspersonen, een kwaliteitsmedewerker en een arbocoördinator die inzicht hebben in meldingen over discriminatie door cliënten van verschillende organisaties.[12] Ongeveer de helft van de respondenten is werkzaam in de intramurale en de andere helft in de extramurale ouderenzorg. In de loop van het onderzoek is datasaturatie bereikt. De laatste interviews leverden weinig tot geen nieuwe informatie meer op. Er zitten veel overeenkomsten in het beeld dat leidinggevenden, vertrouwenspersonen en zorgverleners van de problematiek schetsen. Dit betekent dat dit onderzoek een redelijk representatief beeld schetst van de situatie binnen de omvangrijke Rotterdamse ouderenzorg.

[12] Voor de leesbaarheid van dit rapport schrijven wij hierna 'vertrouwenspersonen' als we punten bespreken die zowel de vertrouwenspersonen als de kwaliteitsmedewerker als de arbocoördinator hebben genoemd tijdens het interview. Wanneer één van deze respondenten iets heeft benoemd dan gebruiken wij wel de specifieke functie.

3. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk bespreken wij wat er vanuit eerder onderzoek bekend is over discriminatie van zorgverleners door cliënten in de ouderenzorg. Hieronder gaan wij in op de begrippen discriminatie en racisme, de beschikbare cijfers over discriminatie van zorgverleners en op wat er vanuit eerder kwalitatief onderzoek bekend is over hoe discriminatie in de ouderenzorg voorkomt, wat het effect ervan is en hoe zorgverleners en zorgorganisaties ermee omgaan.

3.1 Discriminatie en racisme

Discriminatie is het nadelig behandelen van personen omdat zij tot een bepaalde groep behoren of tot een bepaalde groep worden gerekend.[13] De Nederlandse grondwet verbiedt discriminatie op basis van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, etniciteit, geslacht of op welke grond dan ook. Discriminatie komt voor in verschillende vormen, zoals ongelijke behandeling, negatieve bejegening, bedreiging of geweld. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), dat grootschalig, representatief onderzoek doet naar ervaren discriminatie in Nederland, maakt onderscheid tussen *pervasive discrimination* en discriminatie op één maatschappelijk terrein. *Pervasive discrimination* is discriminatie die mensen chronisch ervaren en op meerdere maatschappelijke terreinen, zoals de arbeidsmarkt en het onderwijs. In Nederland ervaren met name mensen met een migratieachtergrond chronische discriminatie.[14] Dit hangt samen met het bestaan van (institutioneel) racisme in Nederland. Simpel uitgelegd is racisme het denken dat de ene groep mensen op basis van uiterlijke kenmerken beter is dan de andere groep mensen. Racisme houdt verband met structurele machtsverschillen in de samenleving, die door deze manier van denken in stand worden gehouden of zelfs worden vergroot. Er zijn verschillende vormen van racisme, waaronder anti-zwartracisme, anti-moslimracisme (ofwel moslimdiscriminatie of islamofobie) en antisemitisme.[15] Een voorbeeld uit de zorg van vooroordelen en discriminatie die voortkomen uit racisme is het afwijzen van een zorgverlener met een migratieachtergrond gebaseerd op de aanname dat deze zorgverlener minder deskundig is dan een witte collega met dezelfde functie.[16]

3.2 Cijfers over discriminatie door cliënten/patiënten

In grootschalige kwantitatieve onderzoeken komt duidelijk naar voren dat zorgverleners regelmatig discriminatie ervaren. Zo blijkt uit een recent grootschalig enquêteonderzoek dat 74 procent van de medewerkers in de verpleging, verzorging en thuiszorg het afgelopen jaar te maken heeft gehad met agressie of ongewenst gedrag in contact met cliënten of patiënten. Daarbij heeft 43 procent van de medewerkers dit ervaren in contact met familie, vrienden of bezoekers van patiënten of cliënten. Bij een deel van de gerapporteerde ervaringen met ongewenst gedrag speelde discriminatie een rol: 18 procent van de respondenten kreeg te maken met discriminatie in contact met cliënten of patiënten en 10 procent in contact met familie, vrienden of bezoekers van patiënten of cliënten.[17] Een werknemersenquête van Centraal Bureau voor de Statistiek uit 2019 laat vergelijkbare cijfers zien. Bijna 2 op de 3 werknemers in de zorg- en welzijnssector geeft aan in het voorgaande jaar één of meerdere keren te maken hebben gehad met agressie en geweld door patiënten of cliënten, of door

[13] Andriessen e.a. (2020).
[14] Idem.
[15] Felten, H., S. Does, S. de Winter Koçak, A. Asante, I. Andriessen, R. Donker en A. Brock (2021). *Institutioneel racisme in Nederland. Literatuuronderzoek naar de aanwijzingen voor institutioneel racisme op de domeinen arbeidsmarkt, woningmarkt, onderwijs en politie*. Utrecht: KIS.
[16] Nhass en Poerwoatmodjo (2021).
[17] Ipsos (2021). *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer. Brancherapportage Verpleging, Verzorging en Thuiszorg.*

familieleden van patiënten of cliënten. Bij bijna een kwart (23 procent) van de werknemers speelde discriminatie hierbij een rol.[18] In beide onderzoeken is onbekend om wat voor vormen van discriminatie het gaat en vanwege welke persoonlijke kenmerken respondenten zich gediscrimineerd voelden.

Het aantal discriminatiemeldingen bij antidiscriminatiebureaus is relatief laag. Er is structureel sprake van onderrapportage.[19] In 2020 werden in Nederland nog geen tien meldingen gedaan over discriminatie van zorgverleners door cliënten/patiënten. Antidiscriminatiebureau RADAR kreeg in 2019 en 2020 in totaal tien meldingen over discriminatie op de arbeidsmarkt in de sector gezondheids- en welzijnszorg in Rotterdam. Hiervan gaat slechts één melding over racistische opmerkingen van patiënten in de verslavingszorg. De andere meldingen gaan over discriminatie door een werkgever of door collega's.

3.3 Discriminatie in de ouderzorg

In een recent Nederlands wetenschappelijk onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners die als zzp'er in de ouderenzorg werken tijdens de coronapandemie, komt de invloed van racisme naar voren. Ervaringen van dagelijks racisme op de werkvloer zijn bijvoorbeeld een belangrijke reden voor respondenten van kleur om te kiezen voor het werken als zelfstandige.[20] In de publicatie wordt niet toegelicht om wat voor soort ervaringen het precies gaat. Vermoedelijk hebben respondenten zowel racisme ervaren in het contact met leidinggevenden en collega's als in het contact met cliënten. Ook in het onderzoek van KIS komt naar voren dat zorgmedewerkers met een migratieachtergrond niet alleen door cliënten/patiënten, maar ook door collega's worden gediscrimineerd. Meestal gaat het dan om subtiele vormen van discriminatie, zoals micro-agressies.[21]

Subtiele vormen van discriminatie

Een bekend begrip waarmee impliciete vormen van discriminatie worden aangeduid is microagressies. Microagressies zijn alledaagse verbale en non-verbalen uitingen waarmee mensen uit gemarginaliseerde groepen te maken krijgen. Het zijn bedoelde en onbedoelde beledigingen, vijandigheden of minachting die tot uiting komen in bijvoorbeeld vragen, opmerkingen of gedrag.[22] Door middel van microagressies worden mensen in het hokje van een gemarginaliseerde groep gestopt, gekleineerd en uitgesloten van de groep die de dominante meerderheid vormt in de samenleving. Allerlei verschillende groepen krijgen te maken met microagressies: bijvoorbeeld vrouwen, mensen met een migratieachtergrond, LHBTIQ^{+}-personen en mensen met een beperking. Een bekend voorbeeld van een microagressie is de opmerking tegen iemand van kleur: 'Wat spreek je goed Nederlands.' Uit deze opmerking, die regelmatig als compliment wordt gepresenteerd, blijkt dat degene die het uitspreekt het beeld heeft dat iemand van kleur geen volwaardige Nederlander is en de taal niet vloeiend kan spreken. Een ander voorbeeld van een microagressie is dat een vrouw met een migratieachtergrond als stagiaire wordt aangesproken, terwijl zij verpleegkundige is. Hieruit komt de impliciete boodschap naar voren dat bij vrouwen met een migratieachtergrond een

[18] CBS (2019). *Werknemersenquête zorg en welzijn*.
[19] Bon, S. van, B. Fiere en N. de Wit (2021). *Discriminatiecijfers in 2020. Een rapport over registraties van discriminatie-incidenten door de politie, en meldingen bij antidiscriminatievoorzieningen en andere organisaties in Nederland*. Rotterdam/Den Haag: Art.1.
[20] Duijs, S.E., A. Haremaker, Z. Bourik, T.A. Abma en P. Verdonk (2021). Pushed to the Margins and Stretched tot the Limit: Experiences of Freelance Eldercare Workers During the Covid-19 Pandemic in the Netherlands. *Feminist Economics*, 27:1-2, 217-235.
[21] Nhass en Poerwoatmodjo (2021).
[22] Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

ondergeschikte rol past. Microagressies lijken onschuldig maar hebben net als andere vormen van discriminatie een negatieve impact op het mentale welzijn van mensen uit gemarginaliseerde groepen.[23]

Alleen in het buitenland is onderzoek gedaan dat specifiek is gericht op de ervaringen van zorgverleners in de ouderenzorg met discriminatie en racisme door cliënten. Vanuit verschillende invalshoeken besteden onderzoekers aandacht aan de relatie tussen zorgverleners met een migratieachtergrond en de (veelal witte) ouderen aan wie zij zorg verlenen. Een Zweedse onderzoeker benadrukt dat er in de ouderenzorg sprake is van twee kwetsbare partijen met botsende belangen en rechten: zorgafhankelijke ouderen en zorgverleners met een migratieachtergrond.[24] Beide partijen hebben baat bij een goede relatie en volgens onderzoekers is de relatie tussen zorgverlener en cliënt over het algemeen ook positief. Het is wel een complexe verhouding, waarop onder andere discriminatie en racisme van invloed zijn.[25]

In de buitenlandse onderzoeken komen diverse vormen van discriminatie naar voren die zorgverleners ervaren. Het gebeurt dat ouderen een zorgverlener afwijzen en de geplande zorg niet laten verlenen, meestal vanwege de zichtbare migratieachtergrond van de zorgverlener of vanwege het dragen van een hoofddoek.[26] Ook taalbeheersing is een factor die invloed heeft op de discriminatie-ervaringen van zorgverleners, laten de onderzoeken zien. Een taalbarrière tussen zorgverlener en cliënt kan leiden tot miscommunicatie en discriminatie, en het komt voor dat cliënten negatieve opmerkingen maken of klagen over de taalvaardigheid van een zorgverlener.[27] Naast het weigeren van een zorgverlener komt het voor dat ouderen zorgverleners uitschelden en beledigen, een zorgverlener volledig negeren of de verzorging tegenwerken met hun gedrag.[28] Tenslotte komt in een Duits onderzoek naar discriminatie-ervaringen van zorgverleners met een Turkse migratieachtergrond ook nog naar voren dat ouderen soms de deskundigheid van een zorgverlener in twijfel trekken of een zorgverlener beschuldigen van liegen.[29] In meerdere onderzoeken komt naar voren dat afwijzing van zorgverleners met een migratieachtergrond het vaakst voorkomt in het eerste contact tussen zorgverlener en cliënt/patiënt en dat dit soms verdwijnt als een oudere een zorgverlener beter leert kennen. Ouderen zijn dan wantrouwend vanwege de migratieachtergrond en een zorgverlener moet zich tegenover hen bewijzen. Zorgverleners leggen dit gedrag van ouderen uit als angst voor het onbekende.[30]

3.4 Effect van discriminatie

De verschillende onderzoeken naar discriminatie en racisme door cliënten in de ouderenzorg besteden weinig aandacht aan de effecten van deze ervaringen op respondenten. Zij beschrijven hoe zorgverleners discriminatie door oudere cliënten/patiënten verklaren door te wijzen op generatieverschillen. Ouderen zijn volgens hen vaak niet gewend aan sociaal contact met mensen

[23] Sue (2010).
[24] Jöhnson, H. (2007). 'Is it racism? Skepticism and resistance towards ethnic minority care workers among older care recipients', *Journal of gerontological social work*, 49:4, 79-96.
[25] Walsh, K. en I. Shutes (2013). 'Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people'. *Ageing and society*, 33, 393-420. En: Meerschaert, O. (2017). *Kleur in de ouderenzorg. Ervaringen van zorgkundigen en verpleegkundigen met een zichtbare migratieachtergrond in een Antwerps woonzorgcentrum*.
[26] Meerschaert, O. (2017). En: Walsh, K. en I. Shutes (2013). En: Ulusoy, N. en A. Schablon (2020). 'Discrimination in in-patient geriatic care: a qualitative study on the experiences of employees with a Turkisch migration background.' *International Journal of Environmental Research and Public Heath* 17, 2205.
[27] Ulusoy en Schablon (2020). En: Jöhnson, H. (2007). En: Meerschaert, O. (2017).
[28] Ulusoy en Schablon (2020). En: Jöhnson, H. (2007). En: Meerschaert, O. (2017).
[29] Ulusoy en Schablon (2020).
[30] Jöhnson, H. (2007). En: Meerschaert, O. (2017). En: Walsh en Shutes (2013).

met een migratieachtergrond, omdat zij opgroeiden in een grotendeels witte sociale omgeving. Ouderen zijn bang voor het onbekende. Hierdoor verwachten zorgverleners bij ouderen meer discriminerende en racistische opvattingen.[31] Mogelijk raakt discriminatie door cliënten zorgverleners hierdoor minder. Vermoedelijk hebben alle discriminatie-ervaringen echter een bepaalde impact, zeker als zorgverleners hier vaker en in verschillende situaties mee te maken krijgen.

Uit algemeen onderzoek blijkt dat het ervaren van discriminatie veel effect heeft op de gezondheid en het welzijn van mensen.[32] Zo toont een grootschalig internationaal onderzoek aan dat ervaren discriminatie van invloed is op het mentale welzijn. Het hangt onder andere samen met iemands zelfvertrouwen, depressieve klachten, angsten en tevredenheid over het eigen leven.[33] Juist chronische discriminatie, een optelsom van structurele en dagelijkse ervaringen van uitsluiting die mensen op allerlei maatschappelijke terreinen ervaren, heeft veel impact.[34] Discriminatie kan ook een negatieve invloed hebben op het werkplezier en kan leiden tot de wens om ontslag te nemen of om een ander beroep uit te gaan oefenen.[35] Ook kan het tot gevolg hebben dat mensen zich ziek melden op hun werk.[36]

3.5 Copingstrategieën

Een Nederlands onderzoek naar copingstrategieën van Nederlanders met een migratieachtergrond laat zien dat mensen op allerlei verschillende manieren omgaan met discriminatie. De onderzoeker definieert copingstrategieën als 'reacties om een stressvolle situatie, zoals discriminatie en daarmee gepaard gaande emoties te tolereren, te verminderen of te overwinnen'.[37] De copingstrategie die iemand inzet wordt door verschillende factoren beïnvloed, laat hij zien. In de praktijk komen verschillende copingstrategieën in combinatie voor. In sommige gevallen ervaren mensen dat de sociale context hun mogelijkheden beperkt. Zo zijn afhankelijkheidsrelaties op de werkvloer zeer bepalend voor de gekozen copingstrategieën. Mensen voelen zich regelmatig afhankelijk van hun werkgever en willen hun baan, inkomen en carrièreperspectieven niet op het spel zetten. Daarbij brengen mensen vaak veel tijd door op hun werk en met hun collega's, wat de drempel verhoogt om confrontaties aan te gaan. Mensen kiezen in de arbeidscontext eerder voor het voorkomen van conflicten.[38]

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen actieve en passieve copingstrategieën. Mensen die een passieve strategie inzetten proberen de discriminerende situatie zoveel mogelijk uit de weg te gaan door te kiezen voor vermijden of conformeren. De buitenlandse onderzoeken naar discriminatie van zorgverleners door cliënten in de ouderenzorg laten zien dat respondenten zich regelmatig conformeren. Zo relativeren zorgverleners discriminerend gedrag van cliënten/patiënten vaak door dit te verklaren door hun ziektebeeld. Dit is voor zorgverleners reden om zich discriminerend gedrag niet aan te trekken. Zij proberen een professionele houding vast te houden en erboven te staan. Soms bespreken zorgverleners hun ervaring op een later moment met collega's of een

---

[31] Ulusoy en Schablon (2020). En: Walsh en Shutes (2013).
[32] Andriessen e.a. (2020).
[33] Schmitt e.a. (2014). 'The Consequences of Perceived Discrimination for Psychological Well-Being: A Meta-Analytic Review'. *Psychological Bulletin* 140: 4. En: Hammond e.a. (2010).
[34] Omlo, J. (2020). *Verzetten, vermijden of veranderen? Reageren op discriminatie en stigmatisering*. Rotterdam: Art.1.
[35] Ulusoy en Schablon (2020).
[36] Andriessen, I., H. Fernee en K. Wittebrood (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
[37] Omlo (2020).
[38] Omlo (2020).

leidinggevende, maar het komt ook voor dat zij hun ervaring niet delen.[39] Een Zweedse onderzoeker benadrukt dat het een negatief effect kan hebben als negeren en een professionele houding vasthouden de standaardreactie op discriminatie is binnen een organisatie. Het gevolg ervan kan namelijk zijn dat zorgverleners die van slag raken door discriminerend gedrag van cliënten/patiënten als onprofessioneel worden beschouwd en er weinig ruimte is om discriminatie-ervaringen te delen.[40]

Zorgverleners in de ouderenzorg zetten ook regelmatig de passieve vermijdende copingstrategie in. Zo reageren sommige zorgverleners op discriminerend gedrag door de kamer te verlaten en na een korte tijd terug te komen als de cliënt/patiënt is gekalmeerd om alsnog zorg te verlenen. Ook komt het voor dat zij een collega vragen om de zorg voor de discriminerende cliënt/patiënt over te nemen. Als er geen collega beschikbaar is schorten ze de zorg op. Enkele zorgverleners weigeren om zorg te verlenen aan een zorgvrager die zich discriminerend uit.[41]

Tegenover de passieve copingstrategieën staan actieve strategieën waarmee mensen de situatie juist wel proberen te veranderen. Actieve copingstrategieen zijn verbinden, polariseren, confronteren, steun zoeken en hervormen.[42] De onderzoeken in de ouderenzorg laten zien dat zorgverleners die discriminatie ervaren soms ook kiezen voor een actieve strategie, zoals confronteren of verbinden. Zo komt het voor dat zorgverleners later het gesprek aangaan met de zorgvrager over het discriminerende gedrag, eventueel samen met een collega of leidinggevende. Ook maken sommige zorgverleners zelf direct een opmerking tegen de cliënt/patiënt over het gedrag om op die manier duidelijk te maken dat dit ongewenst is. Tenslotte kiezen zorgverleners soms voor de strategie van steun zoeken door hun ervaring op een later moment te bespreken met collega's en/of leidinggevenden, eventueel in teamverband.[43]

3.6 Opstelling van zorgorganisaties

In een Zweeds onderzoek gericht op de ervaringen en aanpak van leidinggevenden komt naar voren dat zij over het algemeen pragmatisch handelen als een zorgverlener te maken krijgt met racisme. Het valt daarin op dat ook leidinggevenden racistische uitingen van ouderen vaak wijten aan onder andere hun ziektebeeld en onvrede over hun leefsituatie. Hiermee relativeren leidinggevenden hun gedrag en ontkennen daarmee impliciet dat er sprake is van daadwerkelijk racisme dat moet worden aangepakt.[44] Ook een Nieuw-Zeelands onderzoek laat zien dat leidinggevenden regelmatig voor praktische oplossingen kiezen als zorgverleners te maken krijgen met racisme, bijvoorbeeld het inzetten van een andere zorgverlener. Slechts een enkele leidinggevende in dit onderzoek geeft wel een duidelijke grens aan tegenover cliënten en familieleden als er sprake is van racisme.[45] Ook in het recente onderzoek van KIS komt naar voren dat er in Nederlandse zorgorganisaties vaak geen duidelijke (beleids)lijn is als het gaat om de omgang met discriminatie.[46]

---

[39] Ulusoy en Schablon (2020). En: Jöhnson, H. (2007). En: Meerschaert, O. (2017).
[40] Jöhnson, H. (2007).
[41] Ulusoy en Schablon (2020). En: Meerschaert, O. (2017).
[42] Omlo (2020).
[43] Ulusoy en Schablon (2020). En: Meerschaert, O. (2017).
[44] Jöhnson, H. (2007).
[45] Ngocha-Chaderopa, N.E. en B. Boon (2015). 'Managing for quality aged residential care with a migrant workforce.' *Journal of Management & Organization*, 22:1, 32-48.
[46] Nhass en Poerwoatmodjo (2021).

4. Discriminatie-ervaringen van zorgverleners

In dit hoofdstuk beschrijven wij een deel van de resultaten van de interviews met zorgverleners die werken in de ouderenzorg en discriminatie door cliënten hebben ervaren. We besteden aandacht aan de uiteenlopende vormen waarin discriminatie voorkomt en het effect van discriminatie-ervaringen op zorgverleners. In Bijlage 1 is een overzicht van de respondenten te vinden met daarin de fictieve namen en informatie over hun functie, zorgsector en (migratie)achtergrond.

4.1 Hoe vaak komt discriminatie voor?

Op basis van de interviews is het niet mogelijk om een feitelijke uitspraak te doen over hoe vaak zorgverleners in de ouderenzorg discriminatie door cliënten ervaren. De geïnterviewde zorgverleners doen verschillende uitspraken over de frequentie waarmee zij in hun werk te maken krijgen met discriminatie. Het verschilt ook per persoon wat iemand als discriminatie herkent en ervaart. De uitspraken van mannelijke zorgverleners over hoe vaak discriminatie voorkomt zijn wel eenduidig: zij krijgen wekelijks te maken met één of meerdere cliënten die hen afwijzen vanwege hun sekse. Een aantal geïnterviewde zorgverleners van kleur benoemt in het algemeen dat discriminatie vanwege huidskleur of migratieachtergrond iets is wat zij in Nederland regelmatig ervaren. Zo zegt verzorgende Linda, die bewust niet veel aandacht wil besteden aan discriminatie, bijvoorbeeld:

> *Weet je, sowieso als mens met een donkere huidskleur kom je discriminatie tegen. Overal, en ook binnen je werk kom je het tegen. Maar hoe ga je ermee om? Dat is belangrijk. Hoe ga ik er als persoon mee om. Kom je het tegen? Zeker.*

Ook medewerker klantondersteuning Imane benadrukt dat je ermee moet leren omgaan:

> *Op een gegeven moment leer je: je kan discriminatie niet de wereld uit helpen. Het is er en het zal er altijd blijven. De illusie dat dit een keer de wereld uitgaat, moet je niet hebben, want dan krijg je valse hoop. Dus zie er maar mee om te gaan.*

In de interviews delen zorgverleners van kleur dan ook verschillende discriminatie-ervaringen buiten hun contact met cliënten die veel indruk op hen maakten.[47] Over hoe vaak zij in hun werk te maken krijgen met discriminatie door cliënten doen geïnterviewde zorgverleners van kleur verschillende uitspraken. Een enkele zorgverlener zegt ongeveer eens per maand te maken te krijgen met een discriminerende cliënt en anderen hebben het over meerdere keren per jaar.

4.2 Vormen van discriminatie

4.2.1 Discriminerend verzoek tijdens intake

Zorgverlening in de ouderenzorg start altijd met een telefonisch of fysiek intakegesprek met de cliënt. Over het algemeen wordt dit gesprek gevoerd door een andere medewerker dan de zorgverlener die zorg gaat verlenen aan de betreffende cliënt. In de interviews met zorgverleners in de thuiszorg komt naar voren dat het regelmatig voorkomt dat cliënten tijdens het intakegesprek discrimineren door uit te spreken dat zij geen zorgverlener van kleur willen of geen mannelijke zorgverlener. Er worden vooral voorbeelden gedeeld van cliënten die discriminerende uitspraken doen als ‘Als je een zwarte stuurt, dan stuur ik die direct weg’, ‘Een buitenlander komt er bij mij niet in’ en ‘Ik wil geen hoofddoekjes bij mij over de vloer’, soms in zeer grove bewoordingen. Ook komt het geregeld voor dat cliënten meteen aangeven dat zij geen mannelijke zorgverlener accepteren.

[47] Er werden onder andere ervaringen gedeeld van discriminatie door leidinggevenden en/of collega’s, door docenten in het onderwijs en door begeleiders tijdens stages.

Imane, die een hoofddoek draagt en verantwoordelijk is voor de intakegesprekken bij cliënten thuis, deelde een recente discriminatie-ervaring:

> *Ik belde aan bij een klant en meneer deed de deur open. Hij zag mij staan, deed de deur weer op een kier en liep weer naar binnen. Ik wist niet wat dat moest betekenen. Van 'u bent van harte welkom, de deur staat voor je open' of 'jij bent het dus blijf daar maar staan'. Dus ik kwam aan de deur en klopte nog even en zei: 'Goedemorgen, Imane van de thuiszorg. Mag ik binnenkomen?' 'Nou, kom maar.' Dus ik kom binnen. In het gesprek was hij heel kort, heel boos. Op een gegeven moment zei hij: 'Als je een hulp stuurt met een hoofddoekje, komt zij er bij mij niet in.' En toen dacht ik: 'Aha, nu vallen de puzzelstukjes in elkaar. Nu snap ik het hele verhaal.' Met heel veel pijn en moeite mocht ik dan wel naar binnen, want hij had die hulp nodig en als het intakegesprek niet plaatsvond dan kon de hulp ook niet starten. Dus eigenlijk had hij geen keus. Maar dan voel je je wel gediscrimineerd. Ja, bij de deuropening dacht ik, dat is meestal wel een aanname, van 'het zal wel misschien zo iemand zijn die niet heeft met buitenlanders of mensen van buitenlandse afkomst'. En dan zit je daar en hij begint inderdaad over hoofddoekjes: 'Er komt hier geen hoofddoekje over de vloer.' Niet eens een medewerker met een hoofddoekje, nee, 'er komen bij mij geen hoofddoekjes binnen'.*

Zij vertelt ook dat deze vorm van discriminatie lange tijd werd geaccepteerd binnen haar zorgorganisatie. De discriminatie werd niet benoemd en de voorkeur van de cliënt werd genoteerd. Imane is blij dat dit ongeveer een jaar geleden is veranderd binnen haar zorginstelling en zij cliënten nu uitlegt dat er geen rekening wordt gehouden met zo'n discriminerend verzoek.

De interviews geven minder inzicht in de intakegesprekken die voorafgaand aan de opname in een verpleeghuis worden gevoerd. De zorgverleners die wij hebben geïnterviewd zijn hierbij niet betrokken. Eén zorgverlener vertelde over een bewoner die ongeveer 13 jaar geleden in een overeenkomst met de zorginstelling had laten vastleggen dat zij niet door zorgverleners met een donkere huidskleur geholpen wilden worden. Verzorgende Soraya mocht vanwege deze afspraken zelfs de kamer van deze bewoner niet betreden.

4.2.2 Zorgverlener expliciet afwijzen

In overeenstemming met de voorbeelden uit de literatuur, die in hoofdstuk 3 zijn besproken, komt het in de Rotterdamse ouderenzorg regelmatig voor dat cliënten weigeren om een zorgverlener toe te laten tot hun woning of tot hun kamer in een verpleeghuis. 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. In het verpleeghuis stuurt een bewoner de zorgverlener de kamer weer uit. Dit overkomt zorgverleners zowel vanwege hun migratieachtergrond als hun man-zijn. In de interviews worden allerlei voorbeelden gedeeld van racistische uitspraken waarmee cliënten zorgverleners afwijzen, zoals 'Oprotten zwarte, raak me niet aan, jij bent vies', 'Jij komt er bij mij niet in, want jij bent zwart' en 'Ga weg, ga terug naar je eigen land'. Mannelijke zorgverleners worden over het algemeen op een minder grove manier weggestuurd en krijgen bijvoorbeeld te horen: 'Ik wil niet door jou geholpen worden, ik hoef geen vent aan mijn bed' en 'Een man, daar gaan we niet aan beginnen'. Tenslotte werd geestelijk verzorger Jacob achter zijn rug om afgewezen door een cliënt, die tegen een vrijwilliger zei: 'Ik hoef hem niet meer, want hij is homo.'

Een belangrijk verschil tussen de afwijzingen van witte mannen en van zorgverleners van kleur is dat mannen vaak alleen worden afgewezen als de cliënt geholpen moet worden bij het douchen of wassen. Zolang de intieme zone bedekt kan blijven, is er in veel gevallen niets aan de hand. Cliënten benoemen soms ook zelf dat er sprake is van preutsheid en gêne. Verzorgende Wim vertelt bijvoorbeeld over de eerste keer dat hij een katheter moest inbrengen bij een cliënt:

Het was een dame van 92 en ik was al twee keer bij haar geweest om elastische kousen aan te trekken. Ik was samen met een vrouwelijke collega, die mij ging uitleggen wat de bedoeling was. En toen hebben we eerst een half uur met die mevrouw zitten praten of dat ze het goed vond. En dan krijg je verhalen van voor de oorlog en hoe het allemaal was. En op een gegeven moment zei ze: 'Nou ja, ik ben nu 92, dan mag jij mijn doos ook wel zien.' En toen was het ijs gebroken.

Naast preutsheid komt het voor dat seksisme wel een rol speelt en cliënten mannelijke zorgverleners verwijten dat zij seksuele intenties hebben. Zo kreeg Leeroy, die na een operatie een pleister bij een cliënt kwam vervangen, ook te horen: 'Wat moet een man hier doen? Jullie willen gewoon naar mijn doos kijken.' Bij de afwijzingen van zorgverleners van kleur lijken de specifieke zorgtaken geen belangrijke rol te spelen en gaat het vermoedelijk om racisme.

Resultaten online vragenlijst[48]

Naast de interviews is er voor dit onderzoek een digitale vragenlijst uitgezet onder zorgverleners in de ouderenzorg. Deze vragenlijst is ingevuld door 45 zorgverleners die wel eens discriminatie hebben ervaren door een cliënt en/of door naasten van een cliënt. De meeste respondenten werken in de thuiszorg (ruim 60%). Anders dan de geïnterviewde zorgverleners werkt het grootste deel van de respondenten (zo'n 40%) als huishoudelijke hulp. Verder werkt ongeveer 25% van de respondenten als verzorgende. De rest werkt in verschillende andere functies in de ouderenzorg, zoals helpende, verpleegkundige en medewerker welzijn. In overeenstemming met de resultaten van de interviews ervaren respondenten het vaakst discriminatie vanwege hun afkomst, gevolgd door hun geslacht en geloof. Het valt op dat verschillende respondenten zich gediscrimineerd voelen vanwege hun (over)gewicht, wat geen wettelijke discriminatiegrond is. Deze respondenten geven aan dat cliënten ervan uitgaan dat een 'dikke' huishoudelijke hulp 'lui' is en het schoonmaakwerk niet goed zal doen. Respondenten geven aan dat cliënten discrimineerden door hen te beledigen, hen als zorgverlener af te wijzen, grappen over hen te maken, hen te negeren of hen te bedreigen.

In de beschrijvingen van discriminatie-ervaringen door respondenten komen vergelijkbare voorbeelden voor als in de interviews met zorgverleners die in dit hoofdstuk worden besproken. Verder valt op dat verschillende huishoudelijke hulpen ervaren dat er door cliënten, en soms ook door collega's, op hen wordt neergekeken vanwege hun functie. Zij krijgen te maken met neerbuigende opmerkingen en voelen zich respectloos behandeld. Zo worden er bijvoorbeeld grappen gemaakt als 'Jij bent het slaafje van Aafje [een grote zorginstelling]' of zegt een cliënt dat een zeer vuile wc niet door een partner is schoongemaakt omdat dit 'de taak van de werkster' is.

4.2.3 Fysieke agressie tegen zorgverleners van kleur

De ernstigste vorm van discriminatie door cliënten waarmee geïnterviewde zorgverleners van kleur te maken krijgen is fysieke agressie. Twee zorgverleners vertelden tijdens het interview over persoonlijke ervaringen met agressie. In beide gevallen waren de plegers demente mannelijke bewoners. In één van de gevallen voelde verpleegkundige Eveline, die toen nog als verzorgende werkte, zich zeer gediscrimineerd. De bewoner begon met haar racistisch uit te schelden en spuugde daarna op haar:

*Hij zei dingen als vieze k*zwarte, zulke dingen. Ik ga niet liegen, dat heeft mij echt geraakt. Maar ik dacht 'lief blijven, rustig blijven' en ik zei: 'Ik kom je helpen wat er is niemand anders, ik sta hier alleen.' Toen hij weer weigerde heb ik er een andere collega bij geroepen. Helaas*

[48] In Bijlage 2 staat een uitgebreidere analyse van de resultaten van de vragenlijst en is ook de vragenlijst zelf te vinden.

had zij ook deze kleur. Maar hij was helemaal bevuild, dus hij moest gewassen worden. De collega hield zijn handen vast en wat doet hij: spugen. Op mij. Toen was ik echt boos. Ik was echt boos. En toen zei ik tegen mij collega: 'Ik kan dit niet doen. Ik stop ermee. Ik ga het niet eens proberen. Laat hem maar met rust.'

Daarnaast zijn er twee witte mannelijke zorgverleners die vertelden over demente bewoners die zeer agressief konden reageren op collega's met een donkere huidskleur. Deze mannelijke cliënten gingen keer op keer zorgverleners met een donkere huidskleur slaan wanneer die hun kamer betraden en één van hen probeerde een zorgverlener zelfs te wurgen.

4.2.4 Bedreigen en klagen over zorgverleners van kleur

In de interviews deelden zorgverleners ook verschillende ervaringen met bedreiging door cliënten en familieleden en met klagen over zorgverleners van kleur. Net als de respondenten in het onderzoek van KIS hebben zij de indruk dat cliënten en familieleden hun deskundigheid en professionaliteit sneller in twijfel trekken dan bij witte zorgverleners. In één voorbeeld is er aangifte gedaan tegen een zorgverlener en twee zorgverleners kregen te maken met een cliënt of familielid dat dreigde om een klacht in te dienen bij hun leidinggevende. De aangifte werd gedaan tegen verzorgende Soraya, die zich zeer gediscrimineerd voelde door de familie die hiermee haar handelen ter discussie stelde. De aanleiding voor de aangifte was haar ervaring met een agressieve demente bewoner. De bewoner was op een avond onrustig en verward en wilde 's avonds laat zijn bed uit en onder de douche gaan. Toen Soraya aangaf dat dit niet kon en hij weer naar bed moest gaan, werd hij opstandig en sloeg haar op haar hoofd en schouders. Zij vertelt dat zij zichzelf probeerde te beschermen:

Ik pakte met beide handen zijn handen vast. En ik wist niet goed hoeveel kracht ik op dat moment zette, want er was agressie. En die persoon gebruikte bloedverdunner en had blauwe plekken gekregen. Best wel grote hematoomplekken. Mijn collega is komen helpen en zij kreeg die meneer ook niet meteen rustig. Maar op een bepaald moment hadden wij hem rustig gekregen en lag hij weer in zijn bed. Wij hadden alles netjes gerapporteerd en zo. En de volgende dag werd ik gebeld dat er aangifte is gedaan tegen mij wegens mishandeling.

Zij voelde zich vooral gediscrimineerd omdat de aangifte alleen op haar was gericht en haar witte collega die ook bij de gebeurtenis betrokken was niet werd genoemd. De aangifte zorgde voor angst om haar baan te verliezen, wat niet gebeurde omdat de aangifte uiteindelijk is ingetrokken. Ook verzorgende Leeroy schrok erg toen de echtgenoot van een bewoner dreigde om een klacht tegen hem in te dienen. Hij vertelt over de situatie waarin seksistische en racistische vooroordelen een rol lijken te spelen:

Niet iedereen kon omgaan met een dementerende vrouw die bij ons was opgenomen. En mij lukte het vaak om haar toch onder de douche en aangekleed te krijgen. En om haar mee te nemen naar de activiteiten. Dus haar man, die iedere dag kwam, begon daar anders over te denken. En op een dag werd ik op kantoor geroepen door een leidinggevende die vertelde dat die meneer een klacht tegen mij wilde gaan indienen omdat ik zijn vrouw probeerde te verleiden. Ik dacht van: Nee hè, dit kan niet. Omdat er geen bewijs was, kon hij toch geen klacht indienen. Maar er moest wel een onderzoek gestart worden en de collega's die toen met mij samenwerkten moesten vertellen wat er gaande was. En zo is dat een beetje gesust.

Minder ernstig maar ook discriminerend zijn de voorbeelden van cliënten of familieleden die tegen witte zorgverleners' klagen over hun collega's van kleur. Drie zorgverleners brachten dit ter sprake. Een voorbeeld is een veeleisende cliënt die opmerkte dat het haar opviel dat 'de zwartjes' meestal op een later tijdstip zorg kwamen verlenen dan andere zorgverleners.

4.2.5 Discriminerend beledigen en kleineren

Net zoals in de voorbeelden uit de literatuur komt het in de Rotterdamse ouderenzorg regelmatig voor dat cliënten een zorgverlener van kleur wel toelaten, maar wel beledigende en kleinerende opmerkingen maken. Alle geïnterviewde zorgverleners van kleur delen dit soort discriminatie-ervaringen, die ook voorkomen in combinatie met de hierboven beschreven agressie en bedreiging. Zij vertellen dat sommige cliënten directe kritiek leveren op hoe zorgverleners van kleur hun werk doen of ze stellen hun deskundigheid ter discussie met opmerkingen als: 'Ik weet niet waar jullie dit vak hebben geleerd.' Ook zijn er verschillende voorbeelden van zorgverleners over wie wordt gesproken met 'zwartje' of die worden uitgescholden voor 'zwarte piet'. Verder vertelde medewerker participatie Meryem hoe zij zich tijdens een discussie met bewoners en een collega over de figuur zwarte piet zeer gediscrimineerd voelde vanwege haar migratieachtergrond. Toen zij zich uitsprak tegen het behouden van de figuur zwarte piet kreeg zij zeer felle reacties van alle aanwezigen:

> *Er stond een bewoner op en die sloeg op de tafel en zei: 'Wat denk je wel niet, ga terug naar Marokko! Dit is ons feest, jullie willen het afpakken. Wij pakken toch ook niet jullie Suikerfeest en Ramadan af.' Ze was erg fel en kwam bedreigend over. En toen begon mijn collega ook tegen mij in te gaan, helemaal boos. Echt iedereen was boos op mij. Niemand kwam voor mij op of wat dan ook. Dat deed echt pijn.*

Naast dit soort directe discriminatie komt uitsluiting van zorgverleners met een migratieachtergrond ook op een meer subtiele manier voor. Zo vertellen verpleegkundige Carolina en verzorgende Linda dat zij wel eens meemaken dat een cliënt of familielid alleen contact maakt met een witte collega en hen duidelijk negeert. Ook delen verschillende zorgverleners voorbeelden van micro-agressies waarmee zij te maken krijgen. Verpleegkundige Naomi vertelt bijvoorbeeld dat cliënten regelmatig opmerkingen maken over haar buitenlandse achternaam of over haar haardracht. Daarmee benadrukken cliënten dat zij afwijkt van hun witte standaard. Verpleegkundige Carolina deelt dat zij de eerste keer dat zij bij cliënten komt vaak reserve of wantrouwen voelt, maar dat dit verdwijnt als zij haar leren kennen. Zij vertelt: 'Dat heeft iemand ooit ook tegen me gezegd: ik vind jou eigenlijk best wel een leuke. En dan dacht ik van: Oké, het is niet echt een compliment, maar ook weer wel.' Ook medewerker participatie Meryem maakt af en toe mee dat zij als positieve uitzondering wordt neergezet: 'Als ik zeg dat ik ook moslim ben, dan zeggen ze "maar jij bent anders." Omdat ik geen hoofddoek draag bijvoorbeeld.' Tenslotte deelt geestelijk verzorger Jacob ook voorbeelden van subtiele vormen van uitsluiting. Zo vertellen bewoners aan elkaar door dat hij homoseksueel is en maken zij hierover soms onhandige opmerkingen:

> *De laatste ervaring die ik had met iemand die iets zei over mijn homoseksualiteit was in het restaurant van het verpleeghuis. De mevrouw die daar zat, da's een beetje een apart mens, wel een gecompliceerde. En die vroeg aan mij: 'Heb je een vrouw?' En toen ik 'nee' antwoordde: 'Heb je wel een relatie dan?' Waarop ik zei: 'Ja. Met een man.' En zij reageerde: 'Oh, dat geeft toch niet.' Zo'n opmerking; 'dat geeft toch niet'. Dan weet ik nooit wat ik daarvan moet denken.*

Ondanks de twijfel over de bedoeling erachter ervaren de geïnterviewde zorgverleners zulke opmerkingen als discriminatie.

4.3 Effect van discriminatie door cliënten

Ervaringen met discriminatie door cliënten roepen bij de geïnterviewde zorgverleners vergelijkbare gevoelens op. Zowel de zorgverleners die vanwege hun migratieachtergrond discriminatie ervaren als de zorgverleners die dit vanwege hun gender of seksuele oriëntatie ervaren benoemen gevoelens

van ‘teleurstelling’, ‘gekwetstheid’ en ‘verdriet’. Een aantal zorgverleners benoemt expliciet dat het ‘pijn’ doet en een machteloos gevoel geeft als je wordt afgewezen op iets waarvoor je niet hebt gekozen en waaraan je niets kunt veranderen, zoals je huidskleur of je herkomst. Medewerker participatie Meryem, die van een groepje bewoners te horen kreeg dat zij als ‘buitenlander’ haar mond moest houden over de figuur zwarte piet, legt uit hoe discriminatie-ervaringen haar raken: ‘Het doet pijn natuurlijk. Want zij kwamen wel met jouw geloof en jouw achtergrond, terwijl dat er niets mee te maken heeft.’ Een paar geïnterviewden benoemt dat juist het feit dat zij vaker te maken krijgen met discriminatie de impact vergroot. Eerder in dit hoofdstuk (bij 4.1) is besproken dat een deel van de geïnterviewde zorgverleners hun hele leven al te maken krijgt met discriminatie. Geestelijk verzorger Jacob vertelt bijvoorbeeld dat hij ‘emotioneel dichtklapte’ toen een cliënt hem afwees vanwege zijn homoseksualiteit en dacht: ‘Daar heb je het weer.’

De afwijzingen maken een aantal geïnterviewde zorgverleners ook onzeker, benoemen zij. Helpende Olaf die telkens wordt afgewezen door één van de bewoners op zijn afdeling, legt uit: ‘Ik vraag me steeds af: Wat doe ik verkeerd dan bij die mevrouw? Ik denk niet dat het echt aan mij ligt, maar ik krijg toch dat gevoel.’ Ook verpleegkundige Eveline vertelt dat zij door haar ervaringen aan zichzelf gaat twijfelen:

> *Op een gegeven moment voel je je een beetje onzeker. En dan ga ik ook twijfelen aan mijn eigen handelen. Kan ik dit werk wel goed doen? Doe ik het op de juiste manier? Is het omdat ik het niet goed doe, of is het omdat ik deze kleur heb? Dan moet je voor jezelf even schakelen, van: Ik heb voor dit werk gestudeerd, dus ik weet goed wat ik doe.*

Naast de gevoelens van teleurstelling en onzekerheid roept de discriminatie ook gevoelens van boosheid en frustratie op bij een aantal zorgverleners. Zij hebben bewust gekozen voor werken in de zorg en zijn gedreven. Daarom is het zeer frustrerend als zij niet gewoon hun werk kunnen doen, legt verzorgende Wim uit:

> *Soms denk je van: Ik bezit de kennis en kunde om ze te helpen. En als het dan een simpel wasbeurtje is, denk ik: waarom laten ze me niet helpen? Want als ze eenmaal weer in de rolstoel zitten en aangekleed zijn, haren gekamd, alles weer netjes, dan kan de dag weer beginnen. Dan vind ik het fijn als ik wegga en ze hebben weer een glimlach op hun gezicht. En als ze in bed liggen en ze zijn vuil en vies, dan denk ik: Wat is dan het probleem wie je komt helpen? Want we komen oplossen, we komen om ze te verzorgen.*

Verder benoemen vier geïnterviewde zorgverleners van kleur expliciet dat zij door het grote aantal ervaringen met discriminatie in hun leven een ‘dikke huid’ of een ‘olifantenhuid’ hebben ontwikkeld. In de loop van hun leven hebben zij geleerd dat het probleem bij de discriminerende ander ligt en niet bij henzelf. Medewerker klantondersteuning Imane, die in haar jeugd veel discriminatie heeft ervaren, vertelt over haar eigen proces:

> *Eerst was ik heel onzeker en teruggetrokken. Maar als je wat ouder wordt en je ontwikkelt je meer, dan denk je op een gegeven moment: Maar dit klopt niet, dit is niet normaal. En toen heb ik mijzelf aangepraat van: Het is niet ik die niet normaal ben, het is diegene die discrimineert, die is niet normaal. En dan word je ouder en echt waar, het boeit mij helemaal niks meer.*

Zij en andere zorgverleners laten zich niet meer raken door discriminatie-ervaringen. Ook verzorgende Soraya benadrukt dat discriminatie geen invloed meer heeft op haar zelfvertrouwen:

> *Ik kijk vooral naar de toekomst van mijn kinderen en dan verdraag je veel dingen. Je krijgt er ook een soort van olifantenhuid van. Je wordt alleen maar sterker. Het prikt er niet meer doorheen. Ik heb zelf een muur gebouwd. Ik weet wat mijn kwaliteiten zijn en ik ben zeker van mijzelf. Ik doe mijn werk met mijn hart en verleen zorg zoals ik verwacht - als ik oud mag worden - geholpen te worden. Dus met geduld en met liefde. En ja, wij zijn verschillend van elkaar. De keus is dan aan de cliënt om het te accepteren.*

De meeste geïnterviewde zorgverleners zeggen dat hun ervaringen met discriminatie door cliënten en/of familieleden weinig invloed hebben op hun werkplezier. Tegenover de cliënten die discrimineren staat een veel groter aantal cliënten dat hun zorg wel waardeert, benadrukken zij. Hun werkbeleving bestaat natuurlijk uit veel meer ervaringen dan die met discriminatie, waarop de nadruk lag in de interviews voor dit onderzoek. Twee geïnterviewde zorgverleners van kleur vertellen dat hun ervaringen met discriminatie wel tot gevolg hebben dat zij in de woorden van één van hen 'profileren'. Op basis van vooroordelen schat verpleegkundige Carolina in of een cliënt haar mogelijk niet als 'gelijke' ziet en houdt bewust afstand als zij vermoedt dat er sprake is van een discriminerende cliënt. Zij legt uit hoe dit is ontstaan:

> *Eigenlijk leerde ik al van jongs af aan onderscheid te maken tussen mensen die mij misschien als normaal zien en anderen die ik niet echt vertrouw. Dus mensen die mij niet als gelijke zien. Ik merk dat ik dat in mijn werk ook doe. Ik behandel ze hetzelfde, maar het is meer intern dat ik me beveilig. Dat ik een soort van muur opzet, dat ik niet te veel persoonlijke dingen vertel. Of dat ik het heel kort hou als ze dingen aan me vragen. Ik zal minder snel open staan voor een diepere connectie met iemand van wie ik denk dat die mij niet als gelijke ziet, met iemand die mij mogelijk zal beledigen.*

Verzorgende Soraya, die ook binnen haar organisatie discriminatie heeft ervaren, vertelt dat zij er haast vanuit gaat dat witte mensen discrimineren. Zij houdt ook het contact met collega's 'zakelijk'.

5. Reacties van zorgverleners op discriminatie

In dit hoofdstuk beschrijven wij de verschillende manieren waarop geïnterviewde zorgverleners omgaan met discriminatie door cliënten en de afwegingen die zij daarbij maken. Net als het vorige is dit hoofdstuk gebaseerd op de interviews met zorgverleners.

5.1 Dilemma

De geïnterviewde zorgverleners reageren op allerlei verschillende manieren op discriminatie door cliënten. Afhankelijk van de situatie zetten zij uiteenlopende copingstrategieën in, vaak in combinatie. Als het gaat om de omgang met discriminatie, benoemt een aantal geïnterviewde zorgverleners een dilemma waar zij voor staan: Zorg je goed voor de cliënt of goed voor jezelf? Zij hebben over het algemeen bewust gekozen voor werken in de zorg en hebben een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Hun doel is goede zorg verlenen en cliënten tevreden achterlaten wanneer de zorg is verricht. De cliënten in de ouderenzorg zijn kwetsbaar en zorgafhankelijk. Veel zorgverleners vinden het daarom heel vervelend als een cliënt een dag geen zorg krijgt en zij weten dat dit bijvoorbeeld betekent dat die persoon dan niet wordt gewassen en aangekleed. Verzorgende Leeroy benoemt zelfs dat hij het 'oneerlijk' vindt dat cliënten die een zorgverlener weigeren wel moeten betalen voor de zorg die zij niet hebben gekregen. Ook zorgverleners van kleur die tijdens het werk zichzelf beschermen door afstand te houden van een discriminerende cliënt kunnen zich schuldig voelen, beschrijft verpleegkundige Eveline:

> *Het is heel vervelend als iemand zich vaker discriminerend gedraagt, waardoor je denkt: ik wil diegene niet helpen. Je merkt dat de zorg bij die cliënt anders is. Je gaat minder praten met degene. Het is gewoon je werk doen en wegwezen. Geen communicatie, niks. Dat vind ik vervelend voor die cliënt, want ik denk: Die mensen zijn oud en het is een moment waarop zij gezellig met iemand kunnen praten, want anders zitten ze de hele tijd op hun kamer. Ik vind het toch zielig uiteindelijk. En ik doe dit werk omdat ik het echt leuk vind. Dus als ik dan niet echt kan communiceren met diegene of het werk niet doe hoe ik het altijd doe, dan denk ik toch van: Kom op, weet je, hij meent het niet. Hij is oud. Het hoort bij hen, die tijd.*

Niet alle zorgverleners zijn zo empathisch als Eveline, maar vermoedelijk heeft de afhankelijkheid van cliënten bijna altijd invloed op de afwegingen die zorgverleners maken bij het reageren op discriminatie.

5.2 Copingstrategieën van zorgverleners

5.2.1 Steun zoeken

In vergelijking met de copingstrategieën die in de literatuur over de ouderenzorg naar voren komen (zie 3.6) lijkt het erop dat de zorgverleners die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd vaker en meer verschillende actieve copingstrategieën inzetten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat respondenten zelf hebben gekozen om deel te nemen aan dit onderzoek en zij zich meer dan de gemiddelde zorgverlener in de ouderenzorg bewust zijn van ervaren discriminatie.[49] Verder zijn er vooral veel overeenkomsten. De actieve copingstrategie die alle geïnterviewde zorgverleners inzetten is steun zoeken. Over het algemeen bespreken zij discriminatie-ervaringen met één of meerdere collega's. Zeker geïnterviewde zorgverleners die langer binnen hetzelfde team werken en een goede band hebben met collega's vertellen dat zij bij hen terecht kunnen om ervaringen te

[49] Een deel van de buitenlandse onderzoeken is uitgevoerd op één specifieke woonzorglocatie waar een groot deel van zorgverleners van kleur is geïnterviewd over ervaringen in het contact met cliënten. In sommige gevallen is er ook niet specifiek gevraagd naar ervaringen met discriminatie of racisme.

delen. Een aantal zorgverleners zegt daar wel bij dat niet iedere collega even begripvol is. Zowel geïnterviewde zorgverleners die vanwege hun migratieachtergrond als hun geslacht als hun seksuele oriëntatie zijn gediscrimineerd, delen voorbeelden van weinig invoelende reacties van collega's. Zij hebben de indruk dat collega's die zelf nooit met discriminatie te maken krijgen zich niet kunnen verplaatsen in hoe het voelt om op die manier uitgesloten te worden.

Meer dan de helft van de geïnterviewde zorgverleners bespreekt discriminatie-ervaringen ook met hun directe leidinggevende. Medewerker participatie Meryem benoemt dat de beslissing om dit wel of niet te doen onder andere afhangt van de sfeer in een team en binnen een organisatie. Toen zij zich als zorgverlener met een migratieachtergrond niet 'thuis voelde' in haar team, heeft zij een discriminatie-ervaring niet met haar leidinggevende besproken omdat zij bang was om 'een beetje als een zeur' over te komen. Ook verzorgende Soraya, die zich niet prettig voelde binnen haar zorginstelling, vertelt dat zij veel ervaringen niet met haar leidinggevende deelde. Zij was bang dat dit gevolgen zou hebben voor haar baan. In sommige gevallen levert een gesprek met de leidinggevende de reactie op waaraan de zorgverlener behoefte heeft, maar het komt ook regelmatig voor dat een zorgverlener zich onvoldoende serieus genomen voelt door de leidinggevende. Dit hangt onder andere af van hoe de leidinggevende de (mondelinge) melding over ervaren discriminatie oppakt. Geïnterviewde zorgverleners zijn tevreden als hun leidinggevende na een incident meteen actie onderneemt en een gesprek voert met de discriminerende cliënt en eventueel met familieleden. Dit gebeurt echter niet altijd. Een aantal zorgverleners vertelt dat het bij hen in het team gebruikelijk is om discriminatie-incidenten met elkaar te bespreken en daarbij ook specialisten zoals een psycholoog te betrekken. Tijdens zo'n breed overleg worden ervaringen uitgewisseld en wordt een gezamenlijke lijn bepaald voor de omgang met het gedrag van een specifieke cliënt. Hoewel dit betekent dat discriminatie-incidenten serieuze aandacht krijgen, voelde helpende Olaf zich toch onvoldoende serieus genomen. Er werd namelijk gezegd: 'Dan moeten we het maar respecteren dat die cliënt niet door een mannelijke zorgverlener geholpen wil worden.' Hierdoor had hij het gevoel dat hij met het probleem bleef zitten.

5.2.2 Verbinden

Olaf en andere mannelijke zorgverleners die door cliënten worden geweigerd vanwege hun sekse ervaren op minder verschillende manieren discriminatie dan zorgverleners van kleur. Zij hebben daarom ook minder verschillende mogelijkheden om ermee om te gaan. Als een cliënt hen wegstuurt, dan kunnen zij weinig anders doen dan zich hierbij neerleggen. In eerste instantie zetten zij meestal wel de actieve copingstrategie 'verbinden' in door een poging te doen om de cliënt te overtuigen zich toch door een man te laten helpen. Verzorgende Wim vertelt hoe hij op allerlei manieren aan het 'soebatten' is om vertrouwen te winnen:

> *Kijk, je gaat eerst een babbeltje maken, van: hoe is het met de kinderen en kleinkinderen? Dat soort dingen. Het sociale plaatje van de mensen. Als ze geopereerd zijn in een ziekenhuis aan hun heup of een knie, dan zijn ze ook wel een beetje gewend aan broeders aan het bed. En dat is dan ook meestal mijn openingszin: in het ziekenhuis bent u toch ook verpleegd door broeders? 'Ja, maar dat is het ziekenhuis, dat is anders', zeggen ze dan. Bij sommigen heb je geen bereik. En dan zou je moeten zeggen: nou, dan slaan we het over. En dan komt morgen mijn collega, die gaat u helpen. En bij anderen, dan ben je na een kwartier, krijg je dan toch het deurtje open. En dan ga je kijken: wat kunt u zelf doen en waar kan ik u mee helpen? Een stukje vertrouwen winnen. Ja, bepaalde stukken is natuurlijk intiem en dan is het voor veel vrouwen toch van: Ja, maar je bent een man. Ja, ik heb er al genoeg gezien, ook in alle geuren en kleuren en maten, dus.. Je begint dan van boven naar beneden, dus dan ga je kijken van: goed, zal ik u helpen met uw rug wassen, en de benen. En dan ga je toch proberen van: het*

kruis dat kan u zelf misschien wel doen? Dan merk je dat de gêne een beetje weggaat. Maar dan ben je langer bezig dan de tijd die je ervoor krijgt.

Helpende Olaf vertelt dat hij cliënten soms samen met een vrouwelijke collega verzorgt om ervoor te zorgen dat een cliënt hem leert kennen en hem later ook als zorgverlener accepteert als hij alleen komt. Ook een aantal zorgverleners van kleur zet de verbindende strategie in en probeert cliënten te overtuigen door onder andere te benadrukken dat alle zorgverleners deskundig zijn en door vooroordelen te ontkrachten. Medewerker klantondersteuning Imane vertelt dat zij zelfs begrip toont voor discriminerende cliënten:

Ik probeer het te begrijpen van de andere kant: hoe komt het dan, waarom is diegene zo, heeft diegene iets meegemaakt? Iets waarvan je je kan voorstellen dat dat heftig is en invloed kan hebben op hoe je de rest van je leven kijkt naar mensen van andere afkomsten. Dus ik probeer dat wel altijd te begrijpen. Maar soms kan ik er niks uithalen en denk ik: dit is echt pure discriminatie. Maar als iemand bijvoorbeeld is beroofd en zegt: 'Marokkanen stelen.' Dan denk ik: je kan wel zeggen 'het kan niet en het mag niet', maar er zit wel een verhaal achter waarom het zo is. Dat probeer ik wel altijd te begrijpen. Dan leg ik nog wel uit van: 'Je kan niet iedereen over één kam scheren. En als je Nederlandse buurman heel slecht tegen je is geweest, wil dat niet zeggen dat alle Nederlandse mensen slecht zijn.' Maar ik heb er wel begrip voor.

Als een cliënt blijft weigeren dan kan een zorgverlener niets anders dan zich daar op dat moment bij neerleggen. In de thuiszorg betekent dit meestal dat de cliënt die dag geen zorg krijgt. In een verpleeghuis komt er soms dezelfde dag op een later tijdstip een andere zorgverlener, afhankelijk van de situatie en het gedrag van een bewoner.

5.2.3 Confronteren en polariseren

Zeven geïnterviewde zorgverleners van kleur zetten bij discriminatie door een cliënt ook de actieve copingstrategieën confronteren en polariseren in. Zij vertellen bijvoorbeeld dat zij zeggen dat zij het discriminerende gedrag van de cliënt onprettig vinden in de hoop dat dit stopt. Verpleegkundige Naomi benadrukt hoe belangrijk zij het vindt om zelf rustig te blijven als je wordt gediscrimineerd:

De cliënt zei: 'Roep maar even je collega erbij. Een donkere zuster wil ik op dit moment niet hebben.' Dus ik zei gewoon kalm: 'Oké, prima, ik ga het even doorgeven, even overleggen.' Mijn collega stond op de gang en zij is erbij gekomen, want zij hoorde het natuurlijk. En zo zijn wij even in gesprek gegaan met hem. En toen heb ik ook aangegeven dat wij hier geen onderscheid maken tussen de collega's. Wij zijn allemaal gediplomeerd en wij weten allemaal wat wij doen. Dus als dit uw keuze is, dan wordt u waarschijnlijk vandaag niet geholpen. Zoiets heb ik gewoon netjes gezegd. Toen zei hij: 'Oké, prima. Kan je nog even mijn dochter bellen om dat door te geven?' Hebben wij netjes gedaan. En de dochter die schaamde zich weer dat haar vader zo'n opmerking maakte. Maar zij vond het wel fijn dat ik het goed opnam en niet helemaal lelijk ging doen ofzo. Want dat heb je ook nog. En toen zei ik: 'Dan vind ik dat je niet in de zorg kan werken.' Want je moet wel een dikke huid hebben in de zorg. Je moet wel wat aankunnen.

Op deze manier kon Noami op een professionele manier aan de cliënt communiceren dat zij en haar collega's niet zullen meegaan in zijn discriminerende verzoek. Verzorgende Leeroy kiest soms voor een andere aanpak en vertelt dat het werkt als hij direct vraagt: 'Heeft u wat tegen mijn huidskleur?' 'Nee, zo bedoel ik het niet', hoort hij dan bijvoorbeeld. En verzorgende Linda vertelt dat zij in sommige gevallen ook een directe opmerking terug maakt tegen een bewoner, zoals: 'Vandaag heb

je geen keus. Je gaat door twee zwarten geholpen worden.' Zo maakt zij duidelijk dat zij niet meegaan in de discriminerende wens van de cliënt, alleen zij benoemt niet dat zijn uitspraken ook ongewenst zijn.

5.2.4 Conformeren en vermijden

Naast de actieve strategieën zetten geïnterviewde zorgverleners van kleur ook verschillende passieve copingstrategieën in hun omgang met discriminatie in, regelmatig in combinatie. Vijf zorgverleners vertellen dat zij 'professioneel' willen blijven en daarom soms hun 'gevoel uitschakelen'. Als zij dan niet aan de cliënt communiceren dat discriminatie niet wordt geaccepteerd, zetten zij een conformerende strategie in. Geestelijk verzorger Jacob vertelt dat hij het lastig vindt om te bepalen of een gesprek met een discriminerende cliënt wel of niet wenselijk is:

> *Kijk, je bent bezig met een vrouw die gaat sterven. Moet je nog leed toevoegen aan zo'n mevrouw? Zij voegt leed aan mij toe. Als ik daar nu zo over nadenk is het bijna alsof een oudere je een klap geeft als verpleegkundige. En je zegt van: 'Ach, het is een zieke vrouw.' En je denkt van: het is normaal dat ik geslagen word. Dat is wat zij gedaan heeft met haar woorden of met dat ik niet meer mocht komen eigenlijk. Maar als je dat bespreekbaar maakt ga je toch een conflict aan. Zij moet dan gaan zeggen, dat zou het meest ideale zijn: 'Dat had ik niet zo bedoeld.' Maar zij zou ook iets anders kunnen zeggen. En dan zou zij nog eens leed aan mij gaan toevoegen. Dus het kan ook een discussie opleveren die uiteindelijk zo vruchteloos is. Zo onzinnig, dat je dat liever niet hebt.*

Er zijn verschillende geïnterviewde zorgverleners die net als hij van mening zijn dat het weinig zin heeft om een gesprek over discriminatie aan te gaan met een oudere, soms dementerende cliënt. Ook medewerker participatie Meryem ging de confrontatie uit de weg, maar zij stelt wel vragen bij wat in zo'n situatie eigenlijk professioneel is:

> *Ik moest gewoon normaal doen. Ja, dat kan ik wel, mijn emotie dan afsluiten. Maar ik neem het wel mee naar huis natuurlijk. Je probeert toch professioneel te blijven, maar hoe ver ga je? En wat is professionaliteit precies? Iemand zonder respect over je heen te laten lopen en dan toch gewoon de dienst verlenen of de zorg verlenen aan diegene?*

Het is opvallend dat zorgverleners verschillende ideeën hebben over wat een professionele reactie is op discriminerend gedrag van een cliënt.

Verder vertellen twee geïnterviewde zorgverleners over de vermijdende copingstrategie die zij inzetten: zij lopen soms weg als een cliënt hen discrimineert. Verpleegkundige Eveline vertelt dat dit ook zo is afgesproken binnen haar team. Zij beschrijft haar aanpak bij een discriminerende bewoner op haar afdeling aan wie zij regelmatig zorg moet verlenen:

> *Als hij me uitscheldt dan zeg ik tegen die man: 'Luister, ik ben hier niet van gediend. Als je zo doorgaat, dan stop ik ermee.' En als hij dan doorgaat, dan laat je hem, maakt niet uit in welke positie hij zit, laat je hem daar en ga je weg. Dan ga je even iets anders doen en kom je over een kwartier terug. Soms biedt hij dan zijn excuses aan. Soms niet. Maar meestal wel. Hij weet wat hij doet.*

Zij en verpleegkundige Carolina vertellen dat zij na discriminatie-ervaringen met fysieke agressie en bedreiging een aantal weken geen zorg hebben verleend aan de discriminerende cliënt. De laatste legt uit dat dit haar eigen beslissing was:

> *Ik had al vanaf het begin het gevoel dat hij mij als een mindere zag. Blijkbaar kon ik dat niet accepteren in mijn hoofd, want ik ging er elke keer met heel veel frustratie naartoe. En na dit*

voorval was ik er echt klaar mee. Toen had ik zoiets van: oké en dit is mijn grens. En: nu even op adem komen, zodat ik hem ook weer kan luchten na een tijdje.

Tenslotte conformeert een aantal geïnterviewde zorgverleners zich ook door het gedrag van discriminerende cliënten te rationaliseren of relativeren. Verpleegkundige Eveline vertelt dat zij niet meteen wil concluderen dat haar donkere huidskleur de reden is voor het gedrag van een bewoner:

Dan vraag ik aan een andere collega: 'Hoe doe jij dit en dit bij deze meneer?' 'Ik heb het zo en zo gedaan, maar hij had commentaar. Ligt het nou aan mij of wat is het?' Als ik dan hoor: 'Ik doe het altijd ook zo en zo', dan weet ik op dat moment: het ligt niet aan mijn handeling, het ligt waarschijnlijk aan mijn huidskleur. Ik ga niet gelijk de conclusie trekken van: het ligt aan mijn huidskleur. Dat wil ik niet. Ik wil daar niet eens aan denken. Ik wil gewoon denken van: het kan zijn, dat wij geen klik hebben. Dat kan ook. Of van: ik doe het anders dan iemand anders, dus daarom. Ga ik zo denken.

Ook door gedrag te verklaren door het ziektebeeld van een cliënt relativeren veel geïnterviewde zorgverleners hun discriminatie-ervaringen. Verpleegkundige Naomi vertelt dat zij daar rekening mee houdt:

Wij hebben ook cliënten met cognitieve stoornissen. Die bijvoorbeeld een CVA [beroerte] hebben gehad. Dan gaat het hier [wijst naar haar hoofd] zeg maar ook niet allemaal goed. Dus wij proberen daar ook nog rekening mee te houden. Daarom kan ik zo rustig reageren. Want ik weet dat iemand het misschien helemaal niet zo bedoelt, maar het komt er wel zo uit. En dat heb je ook met dementerende cliënten. Die kunnen iets zeggen en dan vijf seconde later zeggen ze: 'Hè, heb ik dat gezegd?'

Zoals hierboven al is genoemd, zetten de geïnterviewde zorgverleners vaak meerdere copingstrategieën in als zij discriminatie door een cliënt ervaren. In contact met een cliënt kunnen zij zich bijvoorbeeld conformeren en vervolgens wel steun zoeken bij een collega of leidinggevende door hun ervaring te delen.

5.2.5 Melden van discriminatie

In de interviews komt naar voren dat de meeste zorgverleners het een grote stap vinden om discriminatie door cliënten formeel te melden. Binnen alle organisaties is er een meldsysteem voor grensoverschrijdend gedrag door cliënten, alleen verschillende zorgverleners vertellen dat zij hiervan geen gebruik maken. Vaak delen en bespreken zij hun ervaringen wel met hun leidinggevende of directe collega's, maar leggen zij deze niet schriftelijk vast. De geïnterviewde mannelijke zorgverleners in de thuiszorg rapporteren het wel als een cliënt hen afwijst vanwege hun sekse, omdat de cliënt in dat geval geen zorg krijgt. Het feit dat zij wel melden hangt samen met een belangrijk verschil tussen de extramurale en intramurale zorg, namelijk de aan- of afwezigheid van samenwerking met collega's. Intramuraal is laagdrempelig contact mogelijk tussen collega's die samen op een afdeling staan en de zorgverlening aan cliënten onderling verdelen. Daarentegen werken zorgverleners in de thuiszorg over het algemeen solistisch en kunnen zij collega's alleen telefonisch of digitaal bereiken.

Naast de ogenschijnlijke voorkeur van een deel van de zorgverleners om discriminatie-ervaringen direct te delen met collega's of hun leidinggevende, spelen ook andere factoren een rol bij het (niet) melden. Sommige zorgverleners vertellen dat zij hun ervaringen niet ernstig genoeg vinden om formeel te melden. Daarnaast zijn er ook een aantal zorgverleners die geen vertrouwen hebben dat het formeel melden van discriminatie-ervaringen zin heeft. Zij hebben de indruk dat de organisatie weinig aandacht heeft voor dit soort dingen of hebben de ervaring dat meldingen niet werden

opgepakt. Twee geïnterviewde zorgverleners vertellen dat zij bang zijn voor de gevolgen die het melden van discriminatie voor henzelf zou kunnen hebben. Zij willen niet in een ‘moeilijke positie’ terechtkomen, in de woorden van één van hen.

6. Behoeften van zorgverleners

In dit hoofdstuk bespreken wij de belangrijkste behoeften die naar voren komen in de interviews met zorgverleners die discriminatie door cliënten ervaren: steun van hun leidinggevende en collega's, een duidelijke norm op de werkvloer en diversiteit.

6.1 Steun van directe collega's

In de verhalen van geïnterviewde zorgverleners komt duidelijk naar voren dat steun van collega's ervaren heel belangrijk is om als persoon niet te veel last te hebben van discriminatie door cliënten en/of familieleden. Zorgverleners die ervaringen kunnen delen met collega's en begrip krijgen voor wat die met hen doen, hoeven ervaringen minder mee naar huis te nemen. Ook kunnen zij beter hun eigen grenzen bewaken, omdat er aandacht is voor wat zij voelen en nodig hebben om op een prettige manier hun werk te blijven doen. In verschillende interviews vertellen zorgverleners echter dat zij niet altijd voldoende begrip en steun ervaren van collega's. In hun verhalen komt naar voren dat er een duidelijke witte norm is, in de zin dat collega's zonder migratieachtergrond hun eigen ervaringen centraal zetten en soms zelfs ontkennen dat er discriminatie voorkomt. Verpleegkundige Eveline vertelt over dit soort reacties van collega's:

> *Er zijn collega's die denken dat het niet gebeurt. Die zeggen van: 'Nee joh, dat kan niet, dat gebeurt hier niet. Zo zijn wij niet.' Omdat zij het zelf niet meemaken, vinden zij: 'Nee joh, die cliënt is hartstikke lief.' Sommige geloven het echt niet. Of ze denken: het komt door jou zelf. Misschien ben jij te ruw of je bent te hard, daarom is diegene zo.*

Die witte norm lijkt ook een vrouwelijke norm te zijn, komt naar voren in de interviews met mannelijke zorgverleners. Zij ervaren dat er voor discriminatie van mannen vanwege hun geslacht net zomin aandacht is, vertelt bijvoorbeeld verzorgende Wim:

> *Sommige ervaringen moet je ook wel eens kunnen vertellen zodat er begrip gaat ontstaan. Want dan zeggen collega's: 'Maar dat is toch geen probleem dat jij een man bent?' Nee, want ze zitten zelf niet in de situatie. En dan zeg ik: 'Ik pak makkelijk op, maar er zijn er ook die zeggen: 'Ik ga wel bouwvakker worden, want dat is een mannenberoep.''*

Onder invloed van die witte vrouwelijke norm is er weinig ruimte voor discriminatie-ervaringen en worden die ervaringen wanneer deze wel ter sprake komen regelmatig gebagatelliseerd. Verschillende zorgverleners vertellen hoe onprettig het is als collega's maar blijven benadrukken dat zij zich 'niets moeten aantrekken' van het gedrag van discriminerende cliënten. Zij hebben juist behoefte aan een duidelijke sociale norm die geen ruimte laat voor het tolereren of bagatelliseren van discriminatie.

6.2 Leidinggevende die een grens trekt

Naast begrip en steun van collega's is het voor geïnterviewde zorgverleners van groot belang dat zij hetzelfde ervaren bij hun leidinggevende. Als zij een discriminatie-ervaring met hun leidinggevende bespreken, doen zij dit met een reden en willen zij serieus genomen worden. Naast het tonen van begrip, is het belangrijk dat een leidinggevende iets doet met de melding over ervaren discriminatie. In de interviews met zorgverleners komt naar voren dat het voor hen veel verschil maakt of een leidinggevende in gesprek gaat met de discriminerende cliënt, eventueel met een familielid erbij, of dit nalaat. Zij zijn tevreden over de omgang met een discriminatie-incident wanneer hun leidinggevende in die situatie een duidelijk standpunt innam en dit ook uitsprak naar de cliënt. Zo vertelt verpleegkundige Noami hoe positief het was dat de cliënt na een gesprek met haar

leidinggevende zijn excuses aan haar aanbood voor het feit dat hij haar als zorgverlener op basis van haar huidskleur had afgewezen. Volgens verpleegkundige Carolina heeft 'de boodschap' over het niet accepteren van discriminatie meer gewicht wanneer een leidinggevende deze uitspreekt en is het om die reden belangrijk dat juist die persoon een duidelijke grens trekt. Geïnterviewde zorgverleners zijn veel minder tevreden over de situaties waarin hun leidinggevende weinig deed met hun discriminatie-melding. In die gevallen bleven zij er meer last van hebben, omdat het voelde alsof het probleem bij hen bleef liggen. Verpleegkundige Eveline vertelt dat zij verschillende gesprekken met haar teamleider had over een heftige discriminatie-ervaring, maar dat die verder niets deed, waardoor de impliciete boodschap was: 'Het hoort erbij.'

6.3 Diversiteit onder personeel

Een aantal geïnterviewde zorgverleners benoemt dat het in positieve zin verschil maakt als een team divers is. Zij ervaren meer ruimte voor hun ervaringen wanneer er meer zorgverleners zijn met een migratieachtergrond, er meer mannen in een team zitten en medewerkers bijvoorbeeld ook verschillende leeftijden hebben. Medewerker participatie Meryem vertelt bijvoorbeeld dat er in het team waarin zij werkte weinig ruimte was voor verschil:

> *Ik voelde mij daar niet thuis. Het was de manier van werken, de omgang met collega's. Als ik Turks praatte bijvoorbeeld over de telefoon, dan draaiden meteen alle gezichten naar mij toe en was er geroddel. En ik ben nog jong en het waren vooral mensen die... hoe moet ik het netjes zeggen... mensen die daar jarenlang zitten en die het niet anders willen doen. Dus ik kon ook niet de ruimte nemen om mijn functie op een andere manier in te vullen. Iedereen had er wat van te zeggen.*

De ervaringen van geïnterviewde zorgverleners die in een divers team werken hebben andere ervaringen. Zij voelen zich juist onderdeel van het team en benadrukken dat zij bij collega's terecht kunnen met hun (discriminatie)ervaringen. Eén van hen vertelt dat zij er ook blij mee is dat haar teamleider net als zij een migratieachtergrond heeft:

> *Mijn teamleider neemt discriminatie heel serieus. Ik denk omdat zij buitenlander is. Zij heeft ook heel veel meegemaakt, zegt zij, in de thuiszorg. Dat geeft je een veiliger gevoel. Ik kan terecht bij haar, want zij begrijpt mij wel.*

Andere geïnterviewde zorgverleners ervaren net zo goed steun bij een witte teamleider, dus een gedeelde migratieachtergrond is hiervoor geen voorwaarde. Maar in meerdere interviews komt naar voren dat herkenning de drempel voor zorgverleners verlaagt om discriminatie-ervaringen te delen. Ook in het onderzoek van KIS naar discriminatie van zorgverleners door cliënten noemen respondenten dat zij het gemakkelijker vinden om discriminatie-ervaringen te delen met collega's die zelf ook een migratieachtergrond hebben en bij wie zij meer herkenning en begrip verwachten te vinden.[50]

[50] Nhass en Poerwoatmodjo (2021).

7. Omgang met discriminatie door cliënten binnen organisaties

In dit hoofdstuk bespreken we een deel van de resultaten van de interviews met leidinggevenden en vertrouwenspersonen. Wij beschrijven hun kennis over en ervaringen met discriminatie door cliënten, de richtlijnen binnen ouderenzorgorganisaties voor de omgang met discriminatie door cliënten en hoe leidinggevenden in de praktijk handelen. In Bijlage 1 is een overzicht van de respondenten te vinden met daarin informatie over onder andere hun functie, zorgsector en (migratie)achtergrond.

7.1 Grote verschillen

Opvallend is dat de kennis en ervaring van de geïnterviewde leidinggevenden zeer uiteenlopen. De meeste geïnterviewde leidinggevenden hebben (ruime) ervaring met discriminatie van zorgverleners door cliënten, soms in verschillende functies. Die ervaring is ook de reden dat zij meewerkten aan dit onderzoek. Maar er zijn ook geïnterviewde leidinggevenden die totaal geen ervaring hebben met de problematiek van discriminatie door cliënten. Zij zijn ervan overtuigd dat er geen discriminatie door cliënten voorkomt binnen hun team of zij zijn hiervan niet op de hoogte. Het lijkt erop dat deze leidinggevenden zich weinig of niet bewust zijn van de (subtiele) manieren waarop discriminatie en racisme voorkomen in de Nederlandse samenleving. Eén van hen doet tijdens het interview zelfs stigmatiserende uitspraken over bevolkingsgroepen in Nederland. De analyse in dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op de informatie uit de interviews met leidinggevenden met ervaring met discriminatie van zorgverleners uit hun team door cliënten. Deze leidinggevenden konden vanzelfsprekend veel meer over de problematiek vertellen.

Naast de verschillen tussen leidinggevenden komen in de interviews opvallende verschillen tussen de ouderenzorgorganisaties naar voren. Het beleid met betrekking tot discriminatie door cliënten is niet overal hetzelfde. Bij een enkele organisatie is de beleidslijn al jaren duidelijk: discriminatie wordt niet geaccepteerd. Maar bij meerdere organisaties vindt er de afgelopen jaren een omslag plaats, vertellen leidinggevenden. Er is nu meer aandacht voor het welzijn van medewerkers dan een aantal jaar geleden. Voorheen gold vaak: ‘de klant is koning.’ Onder meer vanwege het personeelstekort in de ouderenzorg beseffen organisaties nu dat het belangrijk is om óók goed te zorgen voor hun personeel. Om die reden wordt de ruimte om aan uiteenlopende - soms discriminerende - wensen van cliënten te voldoen beperkt.

7.2 Beeld van discriminatie door cliënten

7.2.1 Discriminatie komt vaker voor dan wordt gemeld

De geïnterviewde leidinggevenden definiëren discriminatie op een vergelijkbare manier. Een deel van hen denkt bij discriminatie vooral aan racisme, dus discriminatie vanwege herkomst of huidskleur. Andere leidinggevenden interpreteren discriminatie breder en noemen ook andere discriminatiegronden, zoals seksuele oriëntatie en geslacht. Een aantal leidinggevenden doet voorzichtige uitspraken over de frequentie waarmee discriminatie door cliënten voorkomt. Een leidinggevende in de thuiszorg vertelt dat zij wekelijks hoort over discriminatie-ervaringen van zorgverleners. Andere leidinggevenden spreken over ‘meerdere keren per jaar’ dat zij meldingen krijgen van discriminatie van zorgverleners door cliënten. Zowel leidinggevenden in de thuiszorg, leidinggevenden in de verpleeghuizen als vertrouwenspersonen benadrukken dat zij ervan overtuigd zijn dat discriminatie door cliënten vaker voorkomt dan dat zij te horen krijgen. Binnen alle organisaties worden er jaarlijks slechts een klein aantal formele meldingen gedaan over discriminatie door cliënten, maar dit is volgens hen slechts het figuurlijke ‘topje van de ijsberg’.

7.2.2 Voorbeelden van discriminatie door cliënten

De voorbeelden van discriminatie door cliënten die leidinggevenden delen, komen voor een groot deel overeen met die van de geïnterviewde zorgverleners. Zorgverleners met een donkere huidskleur, zorgverleners die een hoofddoek dragen en mannelijke zorgverleners worden regelmatig geweigerd door cliënten, vertellen zij. Meestal discrimineren cliënten met woorden, maar discriminatie kan ook gepaard gaan met intimidatie of fysieke agressie. Zo vertelt een leidinggevende in de thuiszorg over een ernstige ervaring van een zorgverlener met een Marokkaanse achtergrond, die een hoofddoek draagt:

> *Een van mijn medewerksters kwam voor het eerst bij een cliënt aan de voordeur en belde aan. De cliënt deed open en zij meldde wie zij is. De medewerkster dacht dat de cliënt achteruit stapte om haar binnen te laten, dus zij deed een stap in de deuropening. En op dat moment duwde de cliënt haar achterover. En daar was een trapje van een paar treden, dus zij viel. En de cliënt bedreigde haar ook nog eens: 'Jij Turk, jij met je hoofddoekje', al dat soort uitspraken. En ook: 'Haal het nooit meer in je hoofd hier voor de deur te komen, want ik doe je wat aan.' Dat soort dingen. Dat kan best heel heftig zijn. Deze medewerker is er ook langdurig ziek van geweest. Zij is ook echt in een hele moeilijke situatie terechtgekomen, in eerste instantie lichamelijk, maar ook psychisch. Dus het heeft een hele lange weg gekend om haar weer terug in het arbeidsproces te krijgen.*

In dit voorbeeld komt duidelijk naar voren hoeveel impact een discriminatie-ervaring kan hebben.

Naast dit soort voorbeelden delen leidinggevenden ook nog een paar inzichten die niet in de interviews met zorgverleners naar voren komen. Zo vertelt een aantal leidinggevenden en vertrouwenspersonen dat taal een rol speelt bij discriminatie van zorgverleners met een migratieachtergrond door cliënten. Het komt volgens hen regelmatig voor dat cliënten commentaar geven op zorgverleners die de Nederlandse taal niet goed beheersen (zie ook het literatuuronderzoek in hoofdstuk 3). Daarbij worden nog enkele voorbeelden genoemd van discriminatie vanwege seksuele oriëntatie en vanwege een Marokkaanse migratieachtergrond, die niet in de interviews met zorgverleners voorkomen. Het is opvallend dat er in een paar voorbeelden van discriminatie een specifiek wantrouwen van cliënten tegenover zorgverleners met een Marokkaanse achtergrond naar voren komt. Zo vertelt een geïnterviewde arbocoördinator over een ervaring van een zorgverlener in de thuiszorg die indruk op haar maakte:

> *Een melding die ik tegenkwam was van een medewerkster die aan het strijken was voor een cliënte. Er was een familielid of kennis op bezoek bij de cliënt. En die cliënt en de bezoeker waren echt heel hard met elkaar aan het bespreken dat 'die Marokkaan aanwezig was' en dat zij dan wel goed moesten letten op haar waardevolle spullen en geld enzo niet moesten laten slingeren. Want 'die mensen' zijn niet te vertrouwen. Hoe verzin je het! En - dat vond ik heel goed – de medewerkster is weggegaan. Zij had zoiets van: Ik hoef dit niet over me heen te laten gaan. Want het ging maar door en het ging maar door. En zij stond te strijken, gewoon twee of drie meter verderop. En dan wordt er zo over je gesproken, terwijl jij daar iemand komt helpen. Dus zij is weggegaan en werd daarin ook gesteund door haar leidinggevende.*

De cliënt in dit voorbeeld heeft duidelijk een stereotiep beeld van Marokkaanse Nederlanders.

7.2.3 Hoge mate van acceptatie onder zorgverleners

Volgens geïnterviewde leidinggevenden is het niet vanzelfsprekend dat zorgverleners duidelijk hun eigen grenzen aangeven, zoals in bovenstaand voorbeeld. Zij vertellen juist dat het hen opvalt dat

hun medewerkers discriminatie vaak lijken te accepteren en onvoldoende voor zichzelf opkomen. Zo valt het leidinggevenden op dat hun medewerkers de zorg meestal afmaken, ondanks de discriminatie. Een groot deel van de zorgverleners lijkt te vinden dat het 'erbij hoort'. De 'dikke huid' die geïnterviewde zorgverleners van kleur vertellen te hebben ontwikkeld, wordt ook door verschillende leidinggevenden genoemd. Een leidinggevende schat in dat zeker medewerkers in de thuiszorg veel negatieve reacties over zich heen laten komen:

> *Er is natuurlijk een deel van de thuishulpen bij die hard geworden zijn door de praktijk en door het leven en denken: 'Het ene oor in, het andere oor uit. Ik kom hier om mijn werk te doen.' Dat zal echt wel een groep zijn.*

Een andere leidinggevende, die tijdens het interview benadrukt dat haar team zo'n 'dikke huid' heeft, vertelt dat zij soms een grens trekt als een medewerker dat zelf niet doet:

> *Soms gaat de cliënt echt te ver met schelden. Soms worden echt pijnlijke dingen gezegd. Vooral tegen de meiden met een donkere huidskleur. Dat wordt nog steeds geassocieerd met de slavernij. En dat vind ik gewoon echt te ver gaan. Ik wil dat mijn team gezond blijft. En als ik vind dat sommige dingen die een cliënt zegt te ver gaan, dan ga ik optreden en in gesprek met de cliënt. En wat ik dan zo sneu vind, dat een medewerker zegt dat zij het al gewend is. Kijk dat vind ik echt.. dat ik denk: 'Nee, dat vind ik niet oké. Daar mag je niet aan gewend raken.'*

Naast de acceptatie van racisme beïnvloedt ook het ziektebeeld van cliënten de reacties van zorgverleners. De geïnterviewde leidinggevenden vertellen dat klanten die discrimineren vaak een psychische stoornis hebben of dementeren en dat zorgverleners daarom denken: 'De klant kan er eigenlijk niet zoveel aan doen.' Hierdoor hebben zorgverleners veel begrip voor grensoverschrijdend gedrag van een cliënt en 'pikken' zij veel in de ogen van leidinggevenden. Dit geldt niet alleen voor discriminatie, maar ook voor ander ongewenst gedrag. Dit is een verklaring voor het feit dat zorgverleners weinig melding doen van discriminatie. Zo vertelt een leidinggevende in de thuiszorg dat zorgverleners vooral van dementerende cliënten veel accepteren:

> *Het ziektebeeld speelt volledig een rol. Kijk wat er natuurlijk heel vaak gebeurt is dat mensen ook geslagen, geschopt, geknepen en gebeten worden. En dat gebeurt dus door dementerende ouderen. En dat wordt gezien als.. nou, ik wil niet zeggen dat dat als normaal gezien wordt, maar het wordt wel gezien als een onderdeel van het werk. Dat het erbij hoort. En als wij zulke dingen tijdens het werkoverleg bespreken dan zeggen de medewerkers: 'Ach ja, ze is toch dit en dat.' Het wordt een beetje vergoelijkt eigenlijk.*

Dit is in lijn met wat geïnterviewde zorgverleners zelf vertellen. Ook zij tonen vrij veel begrip voor discriminerend gedrag van cliënten. Het lijkt erop dat een aanzienlijk deel van de zorgverleners vindt dat het accepteren van discriminatie door cliënten, zeker wanneer zij een cognitieve of psychiatrische stoornis hebben, getuigt van professionaliteit.

7.3 Richtlijnen binnen organisaties

7.3.1 Reactie op discriminatie tijdens intake

Binnen de thuiszorg is het intakegesprek met een nieuwe cliënt een moment waarop regelmatig discriminatie voorkomt. Zowel geïnterviewde leidinggevenden als zorgverleners vertellen dat cliënten in hun eigen huis vaak aanzienlijk meer eisen durven te stellen dan in het ziekenhuis of bij de

huisarts.[51] In de intramurale zorg is het intake- of opnamegesprek een ander soort gesprek. Over het algemeen hebben cliënten op het moment dat zij naar een verpleeghuis verhuizen nog weinig regie. In de interviews worden wel enkele voorbeelden genoemd van discriminerende eisen die cliënten en/of familieleden stelden voorafgaand aan een opname. En het kwam voor dat die eisen werden ingewilligd en zelfs schriftelijk werden vastgelegd. Maar op basis van dit onderzoek lijkt dit minder vaak voor te komen dan de discriminerende verzoeken die cliënten in de thuiszorg doen.

Waar het bij sommige thuiszorgorganisaties voorheen gebruikelijk was om (gedeeltelijk) mee te gaan in een discriminerend verzoek van een cliënt, benadrukt een groot deel van de organisaties nu dat zij discriminatie niet accepteren. Zij leggen cliënten tijdens de intake uit dat alle zorgverleners deskundig zijn en dat er geen rekening wordt gehouden met eventuele wensen van cliënten met betrekking tot kenmerken die voor de werkzaamheden niet relevant zijn, zoals migratieachtergrond, religie of geslacht. Als cliënten geen mannelijke zorgverlener accepteren, wordt soms van tevoren al benoemd dat zij geen zorg zullen ontvangen op de dagen dat zij op de route van een man staan ingepland. Volgens leidinggevenden leggen de meeste cliënten zich neer bij deze duidelijke lijn en is er vervolgens geen sprake van discriminatie als er bijvoorbeeld een zorgverlener van kleur wordt ingezet. Een paar leidinggevenden deelt ook positieve voorbeelden van cliënten die in eerste instantie discrimineerden en vervolgens zeer gehecht raken aan een zorgverlener die zij hadden willen afwijzen. Een enkele keer komt het wel voor dat cliënten na de eerste ontmoeting met een zorgverlener opnieuw contact opnemen met de zorgorganisatie met het verzoek een andere zorgverlener te sturen. In die gevallen is het antwoord duidelijk: aan dit verzoek wordt niet voldaan. In uitzonderingsgevallen probeert een cliënt dan op een andere manier voor elkaar te krijgen dat er een andere zorgverlener wordt ingezet, bijvoorbeeld door een klacht in te dienen. De geïnterviewde leidinggevende die hierover vertelt, zegt dat het discriminerende verzoek in dat soort gevallen wordt meegenomen bij de kritische beoordeling van de klacht.

Een paar ouderenzorgorganisaties die meewerkten aan dit onderzoek richten zich specifiek op zorgverlening waarbij rekening wordt gehouden met de taal en cultuur van de cliënt. In de praktijk betekent dit vaak dat cliënten met een migratieachtergrond een zorgverlener willen met dezelfde culturele achtergrond als zijzelf. Eén van de geïnterviewde leidinggevenden benoemt dat zij hieraan moet denken bij discriminatie door cliënten: de meeste cliënten vragen meteen naar de achtergrond van de beschikbare zorgverlener. Zij en een andere geïnterviewde leidinggevende van zulke organisaties lichten toe dat de taalbarrière in eerste instantie een reden is om in dit soort gevallen wel rekening te houden met bepaalde kenmerken van zorgverleners. Bij het bieden van huishoudelijke ondersteuning is een taalbarrière geen probleem, maar bijvoorbeeld bij persoonlijke verzorging of verpleging is het lastiger als zorgverlener en cliënt met moeite kunnen communiceren. Daarbij kan het de zorg volgens deze leidinggevenden ook ten goede komen als de zorgverlener de cultuur en religie van een cliënt begrijpt. Om die reden wordt er op deze manier wel onderscheid gemaakt op basis van kenmerken als migratieachtergrond en religie. In de praktijk kan dit betekenen dat cliënten een tijdje moeten wachten totdat een zorgverlener met de kenmerken van hun voorkeur beschikbaar is.

De meeste geïnterviewden leidinggevenden vertellen dat er enkele situaties zijn waarin er wél rekening wordt gehouden met een discriminerende voorkeur van een cliënt: bij cliënten met traumatische ervaringen. Dit gaat vaak om de wens om geen mannelijke zorgverlener te krijgen. Er zijn cliënten die in het verleden seksueel of huiselijk geweld hebben meegemaakt en om die reden

[51] In het onderzoek van KIS naar discriminatie in de zorg wordt benoemd dat cliënten/patiënten steeds meer eisen zijn gaan stellen en dat de extramuralisering van de zorg hieraan vermoedelijk heeft bijgedragen. Zie: Nhass en Poerwoatmodjo (2021).

niet alleen met een man in hun huis durven te zijn. Daarom wordt tijdens een intakegesprek altijd doorgevraagd als cliënten een bepaalde voorkeur uitspreken om te beoordelen wat de achterliggende reden is. Naast deze standaard uitzondering vanwege trauma wordt in de praktijk ook in andere situaties voor een pragmatische lijn gekozen, blijkt uit sommige interviews. Een paar leidinggevenden vertellen dat met name bij cliënten met een hoge leeftijd 'voor de lieve vrede' wordt gekozen om een witte zorgverlener in te zetten. Zij zijn van mening dat het geen zin heeft om bij zeer oude en zieke mensen een principiële lijn aan te houden, omdat je deze mensen niet meer 'bewust kunt maken van hun gedrag' en het de zorgverlening te veel negatief zou beïnvloeden.

7.3.2 Beleid grensoverschrijdend gedrag

Binnen alle geïnterviewde ouderenzorgorganisaties valt discriminatie onder grensoverschrijdend gedrag. Hieronder vallen ook seksuele intimidatie, agressie en pesten. Er zijn binnen alle organisaties uitgebreide protocollen waarin staat beschreven hoe zorgverleners en leidinggevenden dienen te handelen als zij te maken krijgen met grensoverschrijdend gedrag van een cliënt. Daarin wordt ook onderscheid gemaakt tussen het handelen bij grensoverschrijdend gedrag door cliënten met cognitieve en/of psychiatrische stoornissen, zoals mensen met dementie, en cliënten zonder deze problematiek. De geïnterviewde leidinggevenden vertellen dat er in de dagelijkse praktijk niet zoveel aandacht is voor dit beleid. Een paar vertellen dat zij zelf actief op zoek moesten naar het protocol toen zij te maken kregen met discriminatie-incidenten gericht tegen hun medewerkers. Toen zij werden ingewerkt zijn de richtlijnen niet besproken. De geïnterviewde vertrouwenspersonen en arbocoördinator bevestigen dit beeld. Zij vertellen dat zij hun best doen om binnen de organisatie aandacht te vragen voor discriminatie en andere vormen van grensoverschrijdend gedrag, alleen dat de ruimte hiervoor in de praktijk beperkt is.

Binnen alle ouderenzorgorganisaties is er een meldsysteem voor incidenten. De meeste organisaties werken met een zogenaamd MIM-formulier, dat medewerkers digitaal of op papier kunnen invullen. MIM staat voor 'melding incident medewerker' en zorgverleners dienen zo'n formulier in te vullen als zij te maken krijgen met grensoverschrijdend gedrag van een cliënt. Leidinggevenden en specifieke functionarissen die verantwoordelijk zijn voor het monitoren van dit soort meldingen, bijvoorbeeld kwaliteitsmedewerkers of vertrouwenspersonen, ontvangen deze formulieren. De direct leidinggevende van een zorgverlener gaat met een melding aan de slag. Het is gebruikelijk dat de leidinggevende allereerst in gesprek gaat met de medewerker en vervolgens afspraken maakt over een gesprek met de cliënt. De zorgverlener kan dit gesprek met de cliënt zelf voeren of doet dit samen met de leidinggevende of een andere collega. Het doel van het gesprek is duidelijk aangeven dat er een grens is overschreden en dat de cliënt zich niet opnieuw discriminerend mag gedragen. Wanneer een cliënt vaker grenzen over gaat, moeten er afspraken worden gemaakt over vervolgstappen. In het uiterste geval is het mogelijk om een zorgverleningsovereenkomst te beëindigen. Dit is vanwege de zorgplicht echter een complexe en tijdrovende procedure, waarbij ook de gemeente of de zorgverzekeraar als financiers betrokken zijn. Binnen zo'n procedure zijn vastgelegde incidentmeldingen van zorgverleners van belang. Een aantal leidinggevenden vertelt dat het een enkele keer voorkomt dat er een cliënt wordt 'teruggegeven' aan de gemeente. Zij benoemen hierbij geen moeilijkheden in de procedure of de samenwerking, die er bij samenwerking met de zorgverzekeraar wel lijken te zijn. Een leidinggevende in de thuiszorg vertelt dat de zorgverzekeraar niet altijd bereid is om mee te werken aan de beëindiging van een zorgverleningsovereenkomst:

> *Kijk, iedereen heeft recht op zorg. Dat staat bij mij echt wel hoog in het vaandel. Toch vind ik de samenwerking met de zorgverzekeraar wel een ding. Die gaat onderzoeken wat voor mogelijkheden er zijn om zorg te blijven leveren, bijvoorbeeld: Kun je nog een andere*

medewerker sturen? In die samenwerking is wel winst te behalen. Als zorgverzekeraars en huisartsen meer meewerken als er bijvoorbeeld discriminerende uitlatingen wordt gedaan, kunnen we daarin een front vormen.

In sommige gevallen is zo'n procedure niet nodig en besluit een cliënt na herhaaldelijke waarschuwingen zelf om op zoek te gaan naar een andere zorgaanbieder.

Binnen de verpleeghuizen lijkt de beleidslijn als het gaat om het begrenzen van discriminatie minder duidelijk dan in de thuiszorg. Mogelijk is er binnen de intramurale zorg ook nog minder (beleidsmatige) aandacht voor discriminatie door cliënten. Het valt op dat de geïnterviewde leidinggevenden die geen ervaring hebben met discriminatie van zorgverleners door cliënten in die sector werken. De geïnterviewde leidinggevenden binnen de intramurale zorg die er wel ervaring mee hebben, vertellen dat ingrijpen moeilijk is wanneer bewoners en/of familieleden herhaaldelijk zorgverleners discrimineren. Dit heeft te maken met het feit dat bewoners vaak cognitieve stoornissen hebben en met 'voorzichtigheid' binnen de organisatie, vertelt één van hen:

Bij ons in het beleid staat dat discriminatie niet wordt geaccepteerd. In de praktijk merk je dat het toch anders is. Terwijl ik denk dat er op een gegeven moment wel degelijk gewoon sancties moeten komen. Of iemand dement is of niet. Dat klinkt heel onaardig, maar ik denk dat je op een gegeven moment wel moet kijken of iemand dan wel op de afdeling past. Of moet je dan toch, zoals wij dat noemen, de zorgleveringsovereenkomst ontbinden? Dat kan in de thuiszorg bijvoorbeeld wel. Intramuraal zou dat ook kunnen, maar blijkt dat veel lastiger te zijn als er sprake is van een cognitieve stoornis bij de cliënt. En doordat de medewerkers dat weten, lijkt het bijna alsof het onmogelijk is dat je als organisatie een grens trekt en bijvoorbeeld besluit dat een bewoner naar een andere locatie gaat. Volgens mij zou dat wel vaker moeten. Door zo te handelen laat je duidelijk zien dat je achter je medewerkers staat, die letterlijk ziek kunnen worden door het gedrag van een cliënt.

Een andere teamleider in een verpleeghuis vertelt dat het ook niet mogelijk is om familieleden die zorgverleners discrimineren de toegang tot een locatie te ontzeggen:

Ik weet van een collega dat je discriminerende familieleden er alleen maar op kunt wijzen dat hun gedrag onacceptabel is. Je kunt hen bijvoorbeeld niet de toegang tot het gebouw ontzeggen, want juridisch heb je niks. Dus je kan die mensen niet weigeren, terwijl die mensen cognitief wel bij hun volle verstand zijn. In zo'n geval kun je niet meer dan het gesprek met die mensen aangaan. En dan moet je hopen - hoe gek het ook klinkt - dat zij er wat van leren en dat zij het niet meer doen.

Naast de besproken meldprocedures is er binnen alle organisaties een medewerkersvertrouwenspersoon beschikbaar, waarmee zorgverleners contact kunnen opnemen om hun verhaal te delen en advies te vragen. Eén van de ouderenzorgorganisaties heeft naast het reguliere meldsysteem voor grensoverschrijdend gedrag een apart meldpunt voor discriminatie,[52] waarvoor interne vertrouwenspersonen verantwoordelijk zijn. Zowel geïnterviewde leidinggevenden als vertrouwenspersonen benadrukken dat het van groot belang is om dit soort voorzieningen structureel onder de aandacht te brengen. Als dit niet gebeurt, weten medewerkers een vertrouwenspersoon of een meldpunt vaak niet te vinden.

[52] Ouderenzorgorganisatie Laurens heeft dit meldpunt ingesteld naar aanleiding van ernstige discriminatie-ervaringen van een medewerker. Zie voor meer informatie hun website: https://laurens.nl/nieuws/samen-tegen-discriminatie

7.3.3 Handelen leidinggevenden bij discriminatie

Een deel van de geïnterviewde leidinggevenden heeft veel ervaring met discriminatie van zorgverleners door cliënten en vindt het belangrijk om aandacht te besteden aan dit soort ervaringen van medewerkers. Deze leidinggevenden beschreven tijdens het interview de verschillende adviezen die zij geven en acties die zij (kunnen) ondernemen wanneer een zorgverlener wordt gediscrimineerd door een cliënt. In hun verhalen komt naar voren dat zij meldingen van discriminatie-ervaringen van zorgverleners zorgvuldig onderzoeken. Een paar leidinggevenden hebben op basis van gesprekken met betrokkenen ook wel eens geconcludeerd dat er in hun ogen geen sprake was van discriminatie.[53] Het handelen van deze leidinggevenden lijkt niet standaard te zijn. Het valt de geïnterviewde vertrouwenspersonen en arbocoördinator op dat leidinggevenden zeer verschillend reageren op meldingen over discriminatie. De één neemt deze serieus en gaat er zorgvuldig mee om en de ander staat in hun ogen onvoldoende stil bij de impact die dit soort ervaringen op zorgverleners kunnen hebben.

Leidinggevenden met ervaring met discriminatie door cliënten, geven hun medewerkers allereerst de richtlijn mee dat zij een cliënt zelf op hun gedrag kunnen aanspreken. Zij mogen bijvoorbeeld stoppen met de zorgverlening en vertrekken. Vervolgens kunnen zij contact opnemen met de leidinggevende om deze te informeren en formeel melding te doen van het discriminatie-incident. Een leidinggevende in de thuiszorg vertelt dat zij haar medewerkers ook altijd 'meer weerbaar' probeert te maken:

> *Als ik een gesprek heb met medewerkers over ervaren discriminatie, dan zeg ik ook altijd: 'Je mag de klant gewoon ter plekke zeggen van: 'Dit accepteer ik niet. Doe je het nog een keer, dan ga ik andere stappen ondernemen.' En je rapporteert het. En anders ga je gewoon weg en dan zeg je: 'Ik ga u de zorg niet verlenen.' En je rapporteert: ik lever de zorg en ik word gediscrimineerd.*

Zij en andere leidinggevenden benadrukken dat zij in het gesprek met een medewerker over een discriminatie-ervaring ruimte geven om emoties te uiten en eigen behoeften aan te geven. Een leidinggevende in de thuiszorg licht toe dat de regie bij de zorgverlener ligt:

> *Dan ga ik eerst het goede gesprek voeren met de medewerker. En vragen van 'Hoe voel je je hierbij? Wat wil je zelf?' Want wij kunnen natuurlijk zeggen van: 'Mevrouw heeft psychische problemen waardoor zij dit zegt.' Dat kan ik makkelijk zeggen, maar ik voel niet wat die hulp voelt op dat moment. Dus daar gaat het in eerste instantie om. Als die hulp dan zegt: 'Ik wil er niet meer naartoe, ik voel mij er niet fijn bij.' Dan gaan wij die hulp daar ook niet toe verplichten. Ondanks dat daar bepaalde problematiek is. Er zijn ook hulpen die doordat zij weten dat iemand psychische problematiek heeft, zeggen: 'Het gaat bij mij het ene oor in, het andere oor uit, want ik weet dat het niet zo bedoeld is.' Dan kunnen wij er met een gestrekt been in gaan richting die cliënt, maar nogmaals: ik voel of ervaar niet wat de hulp ervaart. En als zij zegt: 'Ik weet waar het vandaan komt, maar ik vind het belangrijk dat jullie het weten. Eventueel voor een vakantievervanging ofzo, dat jullie op de hoogte zijn. Maar ik vind het*

[53] Twee leidinggevenden benoemen dat zij soms zien dat medewerkers niet goed met bepaalde cliënten weten om te gaan, 'onmacht' ervaren en vervolgens zeggen dat zij worden gediscrimineerd. Zo deelt één van hen het voorbeeld van een cliënt in een verpleeghuis die negatief reageerde op een paar zorgverleners met een donkere huidskleur die haar op een 'bevelende toon' aanspraken als zij haar wilden verzorgen. Volgens de leidinggevende zit het probleem in dit geval in de benaderingswijze van de zorgverleners en niet in discriminatie door de bewoner. Desondanks benadrukken zij en een andere leidinggevende met ervaring met discriminatie van zorgverleners door cliënten dat hun medewerkers waarschijnlijk veel vaker discriminatie ervaren dan zij weten.

geen probleem.' Ja, dan zou ik het heel raar vinden als ik op basis daarvan ga zeggen: 'Je mag niet meer naar die cliënt toe.'

Na dat gesprek met de zorgverlener neemt de leidinggevende contact op met de cliënt om het discriminatie-incident te bespreken. Als dat wenselijk is, wordt ook de eerste contactpersoon van een cliënt geïnformeerd en/of bij het gesprek betrokken. Tijdens dit gesprek krijgt de cliënt de ruimte om haar, zijn of hun kant van het verhaal te vertellen. Soms blijkt dan dat de cliënt zich niet bewust was van de discriminatie of dat er sprake was van miscommunicatie. Een leidinggevende van een organisatie die veel cliënten heeft die geen Nederlands spreken, vertelt dat de taalbarrière in haar ogen vaak het probleem is:

Afgelopen week was er een medewerker die onenigheid had met een klant en zei: 'Volgens mij wil zij mij niet omdat ik een donkere huidskleur heb.' Dat denkt zij dan. Maar als oudere klanten de taal niet beheersen en niet uit hun woorden komen, dan worden sommigen agressiever. Zij kunnen hun verhaal niet vertellen en komen daardoor agressief over. In zo'n situatie bel ik de klant zelf op. En ik zeg dan dat de medewerker denk dat de klant zo over haar denkt. Die klant reageerde: 'Nee, dat is helemaal niet zo, want het is ook een mens.' Zoiets zeggen zij dan. En: 'Dat weet ik heus wel, maar zij heeft niet begrepen dat zij dit moest doen.' Dat is het meestal. En dan bel ik de medewerker weer op en leg het uit. Ik heb ook gezegd dat zij de volgende keer dat er weer zoiets is mij kan bellen en dan kan ik vertalen wat de klant wil.

Wanneer er wel duidelijk sprake is van opzettelijke discriminatie dan maakt de leidinggevende duidelijk aan de cliënt en eventueel aan de eerste contactpersoon dat het gedrag onacceptabel is en niet nogmaals mag voorkomen. Afhankelijk van de wens van de zorgverlener pakt deze medewerker de zorgverlening vervolgens weer op of wordt er een andere zorgverlener ingezet bij de cliënt. Een paar leidinggevenden vertellen dat zij hierna soms nog een driegesprek voeren om ervoor te zorgen dat zorgverlener en cliënt weer op een goede manier met elkaar verder kunnen.

Wanneer een cliënt blijft discrimineren en een cognitieve en/of een psychiatrische stoornis heeft, dan wordt de casus meestal in het teamoverleg besproken. Bij dat overleg sluiten dan ook specialisten aan die meedenken over de manier waarop de zorgverleners het beste met het gedrag van de cliënt om kunnen gaan. Het doel van zo'n overleg is het bepalen van een gezamenlijke lijn bij de zorgverlening aan een discriminerende cliënt. Naast dit soort incidentele overleggen met een specialist erbij, vraagt een aantal leidinggevenden ook tijdens het reguliere teamoverleg naar negatieve ervaringen van zorgverleners met cliënten. Dan is er ruimte om ervaringen te delen en wordt ook benoemd hoe belangrijk het is dat zorgverleners dat soort dingen bespreekbaar maken en melden. Eén leidinggevende vertelt dat zij wel eens de indruk heeft dat een medewerker ergens mee zit, maar dit niet deelt tijdens het teamoverleg. Dan vraagt zij hier daarna een-op-een naar. Ook raadt zij een medewerker na een incident wel eens aan om contact op te nemen met de vertrouwenspersoon om ook daar het verhaal te kunnen delen. Zij en een andere leidinggevende vragen ongeveer een maand na een discriminatie-incident ook altijd even aan de zorgverlener hoe het gaat en eventueel naar hoe de relatie met de cliënt op dat moment is.

7.4 Meer structurele aandacht nodig

De geïnterviewde leidinggevenden en vertrouwenspersonen vinden over het algemeen dat het beschikbare beleid en de protocollen met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag zoals discriminatie in orde zijn. Maar zij vinden dat er binnen de organisatie meer aandacht moet zijn voor deze problematiek. Het onderwerp discriminatie door cliënten en/of familieleden zou vaker bespreekbaar gemaakt moeten worden. Of hiervoor ruimte is, hangt te veel af van individuele

leidinggevenden. Het is nog niet vanzelfsprekend dat er binnen ouderenzorgorganisaties aandacht is voor discriminatie en dat er een duidelijke grens wordt gesteld als dit voorkomt, benoemen geïnterviewde leidinggevenden. Een leidinggevende in een verpleeghuis vertelt dat zij in het afgelopen jaar vanuit haar team een vraag kreeg waaruit bleek dat het voor zorgverleners niet altijd duidelijk is in hoeverre een teamleider voor medewerkers opkomt:

> *Toen ik net begon als teamleider kreeg ik in een werkoverleg de vraag of ik ooit toestemming zou geven dat onze bewoners niet gewassen zouden worden door een donkere medewerker. Toen zagen de collega's in mijn hoofd een soort kortsluiting, denk ik, want mijn ogen spraken boekdelen. Toen zei ik: 'Kunnen jullie even uitleggen wat je nu precies bedoelt?' En ze vertelden dat er ooit een teamleider is geweest die in het zorgplan heeft opgenomen dat mevrouw X niet gewassen wordt door donkere medewerkers. Toen heb ik naar de reden gevraagd, want bij een trauma kan ik dat begrijpen. Het antwoord was: 'Nee, mevrouw had niets met donkere medewerkers.' Dat zou ik dus nooit doen. Dit is een incident van zes jaar geleden en dat zit dan dus nog in hun hoofd. Dan denk ik: wauw. En ik denk: Gaat het dan echt om die vraag? Of is eigenlijk de vraag achter de vraag: Wat doe je voor ons? En waar ondersteun jij ons?*

Dit voorbeeld laat zien dat binnen een deel van de ouderenzorgorganisaties de omslag van de klant die centraal staat naar de medewerker die (meer) centraal staat in de praktijk nog moet worden gemaakt. Op beleidsniveau is er over het algemeen een duidelijke lijn als het gaat om de omgang met discriminatie door cliënten, maar deze lijn is op de werkvloer nog niet altijd leidend. Een aantal leidinggevenden en vertrouwenspersonen vertelt bijvoorbeeld ook dat er in hun ogen binnen de teams nog niet genoeg sensitiviteit is als het gaat om discriminatie. Zij vinden dat er regelmatig onvoldoende begrip is voor zorgverleners die discriminatie ervaren en hier last van hebben. Een teamleider in de thuiszorg vertelt dat zij de dynamiek binnen haar team soms problematisch vindt:

> *De ene voelt het wel als discriminatie en de andere niet. Die laatsten hebben iets van: 'Ik heb een brede rug, laat maar gaan.' Dus dat gevoel is minder. En als er dan ook nog collega's zijn die zeggen van: 'Ah joh, trek je er niks van aan', dan wordt het ook nog een keertje gebagatelliseerd. Dus uiteindelijk heb ik dat in een teamoverleg besproken: Hoe ga je met gevoelens van je collega om? Als iemand iets als discriminatie voelt en jij zegt 'heb een brede rug' of 'trek je er niks van aan', dan voel je je helemaal niet begrepen en dan durf je helemaal niks meer te zeggen.*

Ook een teamleider in een verpleeghuis beschrijft een vergelijkbare dynamiek, waardoor zorgverleners elkaar onvoldoende steunen:

> *Ik merk wel dat er in de zorg heel veel wordt gekletst over, maar niet mét elkaar. Dus iedereen weet bij wijze van spreken dat meneer X altijd seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont bij mij, want ik vul tien keer een MIM-formulier in. En hij doet het twee keer bij een ander, maar die ziet dat niet zo, dus vult geen formulier in. Waardoor een derde weer zoiets heeft van: 'Zie je, het gebeurt altijd bij de ene collega. Die ander heeft misschien toch wat meer tools om daarmee om te kunnen gaan. En de eerste trekt het zich te persoonlijk aan.' Zo gaat dat heel snel, terwijl ik denk van: Probeer het gesprek eens aan te gaan over waarom je het anders ervaart. Dat heeft natuurlijk ook gewoon te maken met je eigen verleden.*

Deze twee leidinggevenden, die duidelijk veel aandacht hebben voor het onderwerp discriminatie en voor de verhoudingen binnen hun team, zijn ook van mening dat het ziektebeeld minder op de voorgrond zou moeten staan bij discriminatie door een cliënt. Zij vinden dat er duidelijk één lijn

getrokken moet worden, ook bij cliënten met dementie. Discriminatie gaat immers ten koste van het welzijn en de veiligheid van zorgverleners.

8. Behoeften van leidinggevenden

In dit hoofdstuk bespreken wij de belangrijkste behoeften die naar voren komen in de interviews met leidinggevenden en vertrouwenspersonen: investeren in een duidelijke lijn binnen teams, duidelijkheid over het handelen van leidinggevenden en diversiteit.

8.1 Investeren in duidelijke lijn binnen team

De geïnterviewde leidinggevenden die hebben meegemaakt dat zorgverleners door cliënten werden gediscrimineerd, vinden het een positieve en belangrijke ontwikkeling dat er meer aandacht is voor de ervaringen van zorgverleners. Zij vinden dat deze omslag noodzakelijk is. Eén van hen benadrukt dat zij ervan overtuigd is dat dit ook de cliënten ten goede komt:

> *Als je als organisatie medewerkers aan je wil binden denk ik dat het heel erg belangrijk is om aandacht te besteden aan de omgang met grensoverschrijdend gedrag. Heel veel organisaties, ook die waarvoor ik werk, die zeggen: alles draait om de bewoners. De bewoners moeten goede zorg krijgen. Ben ik het mee eens. Maar ik denk: als je als eerste investeert in de tevredenheid van jouw medewerkers, dan resulteert dat automatisch in betere zorg voor je bewoners.*

In lijn met de behoeften van geïnterviewde zorgverleners vinden leidinggevenden dat goed zorgen voor medewerkers betekent dat er begrip en steun is voor zorgverleners die discriminatie ervaren.

Zowel leidinggevenden als vertrouwenspersonen benadrukken hoe belangrijk het is dat er onderling vertrouwen is binnen een team. Zorgverleners moeten bij discriminatie zeker weten dat zij terecht kunnen bij hun teamleider en bij hun collega's. Hiervoor is een duidelijke gedeelde sociale norm nodig met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag zoals discriminatie. 'Het is natuurlijk heel belangrijk dat je je veilig voelt in je team en dat je het als collega's voor elkaar opneemt', zegt een leidinggevende. Regelmatig ontbreekt die sociale norm echter, vertellen juist de leidinggevenden die relatief veel aandacht hebben voor discriminatie door cliënten. Zij signaleren dat collega's nog regelmatig onvoldoende begrip en steun tonen voor een zorgverlener die discriminatie ervaart. De geïnterviewde leidinggevenden noemen verschillende mogelijkheden om te investeren in meer bewustwording binnen teams. Zij hebben behoefte aan structurele aandacht voor discriminatie, bijvoorbeeld door een paar keer per jaar een training over dit onderwerp te organiseren of medewerkersvertrouwenspersonen uit te nodigen voor een teamoverleg om in gesprek te gaan over het omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Die bewustwording is nodig om te handelen volgens een gezamenlijke lijn, legt een leidinggevende uit:

> *We hebben hier één bewoner gehad die echt donkere medewerksters discrimineerde op basis van kleur. En wat je dan zag, is dat als de donkere medewerker meneer geen eten gaf, omdat meneer dat in principe gewoon zelf kan doen, een andere medewerker dat zielig vond en dan toch zijn eten ging maken. Kijk, dat is wel het moment dat zo iemand - dement of niet - die speling gaat merken. Plus daarbij lijkt het dan alsof de medewerker die alsnog eten maakte, zijn gedrag dan goedkeurt. Dat is niet zo, want bij navraag zegt ze: 'Ja, maar ik vind het zielig. Hij moet toch wel wat eten?' Maar die meneer kan zelf eten. Volgens mij zou de lijn dan moeten zijn: 'Meneer, u krijgt eten van mij als donkere medewerker. En van iedereen die u hier ziet, gaat niemand anders u te eten geven.' Want als dat wel gebeurt, dan kan je weer helemaal van het begin af aan beginnen. Maar het is niet makkelijk om zo'n lijn vast te houden. Daarvoor moet je standvastig zijn en elkaar bijvoorbeeld aan durven spreken op afspraken die zijn gemaakt.*

Een aantal leidinggevenden en vertrouwenspersonen benoemt dat het zinvol is om de sociale norm ook preventief te communiceren aan cliënten. Dan kunnen zorgverleners die worden gediscrimineerd hierop terugvallen. Leidinggevenden stellen bijvoorbeeld voor om tijdens de intake meer aandacht te besteden aan gewenste en ongewenste omgangsvormen en daarbij ook te benoemen dat geen enkele vorm van discriminatie wordt geaccepteerd. Een teamleider in de intramurale zorg zou bij cliënten, die vaak een cognitieve stoornis hebben, tijdens het intakegesprek met familieleden al willen vragen of de cliënt zich in het verleden wel eens discriminerend heeft gedragen. Als blijkt dat dit wel eens is voorgekomen, dan kunnen er meteen afspraken worden gemaakt over de omgang hiermee binnen het verpleeghuis.

8.2 Duidelijkheid over handelen leidinggevende

Een aantal leidinggevenden zegt dat zij het belangrijk vinden dat er in een vroeg stadium aandacht is voor discriminatie en ander grensoverschrijdend gedrag. Zij proberen medewerkers te stimuleren om zelf eerder hun grenzen aan te geven bij cliënten en ervaringen ook eerder te melden bij hun leidinggevende. Zij en vertrouwenspersonen merken dat zorgverleners vaak pas melding doen als de situatie is geëscaleerd. Die escalatie willen zij graag voorkomen. Vertrouwenspersonen en een enkele leidinggevende zijn zich ervan bewust dat sommige zorgverleners een grote drempel ervaren om discriminatie te melden, vanwege de mogelijke gevolgen die dit kan hebben voor bijvoorbeeld hun dienstverband. Hier gaan wij verder niet in op de complexiteit van dit soort gevoelens van kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Als het gaat om het onderwerp discriminatie, dan is het belangrijk dat organisaties en met name leidinggevenden door hun handelen laten zien dat zij dit serieus nemen, noemt een aantal geïnterviewden. Op die manier tonen zij het belang en het resultaat van melden. Een paar leidinggevenden en vertrouwenspersonen noemen punten die volgens hen hieraan zouden bijdragen. Allereest is het belangrijk dat een leidinggevende een discriminatiemelding snel oppakt. Op dit punt is verbetering mogelijk, benoemen geïnterviewde vertrouwenspersonen die hierop toezien. Daarnaast noemt een leidinggevende dat zij het van belang vindt dat het vooraf voor medewerkers duidelijk is welke stappen een leidinggevende zet wanneer zij melding doen van discriminatie. Dan weten medewerkers beter wat te verwachten. Zij en een andere leidinggevende benadrukken verder dat leidinggevenden in een verpleeghuis meer mogelijkheden moeten hebben om een duidelijke grens te trekken tegenover een discriminerende bewoner. Zij vinden dat het wenselijk is om eerder een gesprek te voeren met de eerste contactpersoon van een bewoner met een cognitieve stoornis, zodat er afspraken gemaakt kunnen worden over de omgang met het discriminerende gedrag. Wanneer een bewoner blijft discrimineren dan vinden zij dat het in het uiterste geval mogelijk moet zijn om een zorgverleningsovereenkomst te ontbinden. In de tussentijd zou het mogelijk moeten zijn om een zorgverlener tijdelijk over te plaatsen naar een andere afdeling om te zorgen voor rust, terwijl de leidinggevende oplossingen zoekt voor de situatie. Tenslotte vinden zij dat herhaaldelijk discriminerende familieleden de toegang tot het verpleeghuis ontzegd zou moeten kunnen worden.

8.3 Diversiteit onder personeel

Een paar leidinggevenden benoemen dat meer culturele diversiteit binnen een team bijdraagt aan meer aandacht voor discriminatie. Zeker culturele diversiteit binnen de directie zou bijdragen aan het doorbreken van de witte norm, benadrukt één van hen. Zij heeft de indruk dat er binnen haar organisatie geen ‘onwil’ is bij het bestuur om discriminatie onderwerp van gesprek te maken, maar dat de bestuursleden niet goed weten op welke manier zij dit moeten aanpakken. Eén van de vertrouwenspersonen vertelt over een ervaring van jaren geleden die haarzelf een spiegel voorhield en inzicht gaf in een behoefte van medewerkers:

Toen ik twaalf jaar geleden in dienst kwam, werd er één van de eerste keren dat ik voor een medewerker de deur opende, geroepen: 'Oh, jij bent ook bruin. Hè hè, eindelijk een bruintje die wat hoger op deze functie zit, want alles is wit.' En: 'Nou heb ik toch het idee dat op het moment dat jij hier zit, dat jij mij wat beter begrijpt.' Ik vond dat wel heel erg opvallend. Dat ik dacht: blijkbaar wordt dat toch wel gemist, een gekleurd mens op een bepaald niveau. Hoewel ik mijzelf zo niet zie, maar ik weet ook wel dat ik niet wit ben. Het verbaasde mij ook wel omdat de organisatie heel veel verschillende culturen in huis heeft. Wij zijn een gekleurde organisatie.

Ook een leidinggevende zegt dat zij het wenselijk vindt dat vertrouwenspersonen, die zich binnen haar organisatie bezighouden met discriminatiemeldingen, niet allemaal witte mensen zijn. Volgens haar 'praat het makkelijker' voor medewerkers als er meer diversiteit is. Het is opvallend dat geen enkele leidinggevende benoemt dat het waardevol zou kunnen zijn om te investeren in het aantrekken van meer mannen voor verschillende functies in de ouderenzorg.

9. Conclusie

Zorgverleners in de Rotterdamse ouderenzorg krijgen regelmatig te maken met discriminatie door cliënten en/of naasten. Zorgverleners met een migratieachtergrond worden onder andere afgewezen door cliënten vanwege hun (donkere) huidskleur of het dragen van een hoofddoek. Ook krijgen zij tijdens hun werk te maken met discriminerende opmerkingen en soms zelfs met bedreiging of agressie. Mannelijke zorgverleners worden geregeld afgewezen door cliënten vanwege hun geslacht. Lange tijd gold 'de klant is koning' binnen de ouderenzorg. Het kwam dan ook voor dat discriminerende verzoeken van cliënten werden geaccepteerd en ingewilligd. Door de nadruk op de wensen van de cliënt, was er vaak minder aandacht voor de plicht om een discriminatievrije werkomgeving te garanderen voor medewerkers. Mede onder invloed van het personeelstekort in de ouderenzorg is dit binnen zorginstellingen aan het veranderen. Veel organisaties hebben meer aandacht voor het begrenzen van grensoverschrijdend gedrag van cliënten en voor het welzijn van hun zorgverleners. Het kost echter tijd en de nodige investeringen (zie de aanbevelingen) om deze omslag ook in de praktijk te maken. Er is nog veel winst te behalen.

De overtuiging dat de cliënt centraal staat lijkt ook in de hoofden van veel zorgverleners te overheersen. Zij voelen zich zeer verantwoordelijk voor hun cliënten en het verlenen van goede zorg staat voor hen voorop. Meestal hebben zij bewust gekozen voor werken in de zorg en is mensen willen helpen hun drijfveer. Dit leidt tot een dilemma wanneer een zorgverlener wordt gediscrimineerd door een cliënt: Zorg je goed voor de cliënt of goed voor jezelf? Zorgverleners zijn zich natuurlijk zeer bewust van de kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid van de cliënten in de ouderenzorg.

Discriminatie door cliënten raakt zorgverleners, zeker als zij ook op andere momenten in hun leven discriminatie (hebben) ervaren. Een deel van de zorgverleners met een migratieachtergrond benadrukt dat zij in de loop der jaren een 'dikke huid' hebben ontwikkeld en discriminerend gedrag van cliënten zo van zich laten afglijden. Dit relativeert het probleem echter niet, maar onderstreept juist hoe belangrijk het is om discriminatie in de samenleving en ook in de ouderenzorg aan te pakken. Niemand zou een dikke huid nodig moeten hebben om te kunnen werken in de zorg.

Zorgverleners en leidinggevenden gaan op verschillende manieren om met discriminatie door cliënten. Slechts een deel van de zorgverleners geeft bij discriminatie duidelijk een grens aan tegenover de cliënt. In veel gevallen geven zorgverleners de behoeften van de cliënt voorrang en verlenen zij de geplande zorg, ten koste van zichzelf. Vaak wordt discriminerend gedrag gebagatelliseerd door het te wijten aan de cognitieve stoornis of de leefsituatie van een cliënt. Ook een deel van de leidinggevenden relativeert het gedrag op deze manier. Het verschilt dan ook per leidinggevende of en welke stappen er worden gezet wanneer een zorgverlener te maken krijgt met discriminatie door een cliënt. Het beleid en de meldsystemen voor grensoverschrijdend gedrag van de ouderenzorgorganisaties zijn vergelijkbaar, maar in de praktijk zijn de verschillen tussen het handelen van leidinggevenden en van teams groot.

Dit is problematisch aangezien alle zorgverleners die te maken krijgen met discriminatie door een cliënt behoefte hebben aan begrip en steun van hun collega's en leidinggevende. Het maakt voor hen veel verschil of discriminatie door cliënten hun probleem is of dat het wordt beschouwd als een gezamenlijk probleem waarvoor in teamverband een oplossing gevonden moet worden. Daarbij is het belangrijk dat er altijd een duidelijke grens wordt aangegeven tegenover de discriminerende cliënt en/of de naasten: wij accepteren geen discriminatie. Wanneer dit niet gebeurt en er wordt

gekozen voor een pragmatische oplossing, zoals het inzetten van een andere zorgverlener, dan ervaren zorgverleners dat het probleem niet echt serieus genomen wordt.

10. Literatuurlijst

Andriessen, I., J. Hoegen-Dijkhof, A. van der Torre, E. van den Berg, I. Pulles en J. Iedema (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Andriessen, I., H. Fernee en K. Wittebrood (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bon, S. van, B. Fiere en N. de Wit (2021). *Discriminatiecijfers in 2020. Een rapport over registraties van discriminatie-incidenten door de politie, en meldingen bij antidiscriminatievoorzieningen en andere organisaties in Nederland*. Rotterdam/Den Haag: Art.1.

CBS (2019). *Werknemersenquête zorg en welzijn*.

CBS. (2021, 1 april). *Ouderen*. Geraadpleegd op 7 april 2021

Duijs, S.E., A. Haremaker, Z. Bourik, T.A. Abma en P. Verdonk (2021). 'Pushed to the Margins and Stretched tot the Limit: Experiences of Freelance Eldercare Workers During the Covid-19 Pandemic in the Netherlands.' *Feminist Economics*, 27:1-2, 217-235.

Felten, H., S. Does, S. de Winter Koçak, A. Asante, I. Andriessen, R. Donker en A. Brock (2021). *Institutioneel racisme in Nederland. Literatuuronderzoek naar de aanwijzingen voor institutioneel racisme op de domeinen arbeidsmarkt, woningmarkt, onderwijs en politie*. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.

Gemeente Rotterdam (november 2020). *Rotterdam tegen Racisme 2020-2022. Intensiveringsplan Relax. Dit is Rotterdam en Black Lives Matter*.

Gemeente Rotterdam. *Relax. Dit is Rotterdam. Samenleven in een stad waar niemand in de meerderheid is. Actieprogramma Integratie & Samenleven 2019–2022*.

Hammond, W. P., Gillen, M., & Yen, I. H. (2010). 'Workplace discrimination and depressive symptoms: A study of multi-ethnic hospital employees.' *Race and Social Problems*, *2*(1), 19-30.

IDEM (2020). 'Racisme in de ouderenzorg: het verhaal van Yuna'.

Ipsos (2021). *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer. Brancherapportage Verpleging, Verzorging en Thuiszorg.*

Janssen, T. (2020, 30 oktober). *Ouderenzorg verder onder druk door oplopende besmettingen: 'Ziekteverzuim zorgt voor grote problemen'.*

Jöhnson, H. (2007). 'Is it racism? Skepticism and resistance towards ethnic minority care workers among older care recipients', *Journal of gerontological social work*, 49:4, 79-96.

Ngocha-Chaderopa, N.E. en B. Boon (2015). 'Managing for quality aged residential care with a migrant workforce.' *Journal of Management & Organization*, 22:1, 32-48.

Nhass, H. en J. Poerwoatmodjo (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.

Mapedzahama, V., Rudge, T., West, S., & Perron, A. (2012). 'Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace.' *Nursing Inquiry, 19*(2), 153-164.

Meerschaert, O. (2017). *Kleur in de ouderenzorg. Ervaringen van zorgkundigen en verpleegkundigen met een zichtbare migratieachtergrond in een Antwerps woonzorgcentrum*.

Omlo, J. (2020). *Verzetten, vermijden of veranderen? Reageren op discriminatie en stigmatisering*. Rotterdam: Art.1.

RIVM. (2017, 7 december). *RIVM verkent toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag, bredere determinanten van gezondheid en technologie*.

Schmitt e.a. (2014). 'The Consequences of Perceived Discrimination for Psychological Well-Being: A Meta-Analytic Review'. *Psychological Bulletin* 140: 4.

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

Trouw/Marco Visser (2022). *Zorgkosten stijgen de komende jaren explosief door tekort aan personeel, en dat zet de kwaliteit onder druk*.

Ulusoy, N. en A. Schablon (2020). 'Discrimination in in-patient geriatic care: a qualitative study on the experiences of employees with a Turkisch migration background.' *International Journal of Environmental Research and Public Heath* 17, 2205.

UWV (2020). *Factsheet arbeidsmarkt zorg*.

Walsh, K. en I. Shutes (2013). 'Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people'. *Ageing and society*, 33, 393-420.

Bijlage 1. Overzicht van respondenten

Tabel 1. Overzicht van geïnterviewde zorgverleners

Fictieve naam	**Functie**	**Sector: Intramuraal of extramuraal**	**Geboorteland**	**Migratieachtergrond**
Wim	Verzorgende	Extra	Nederland	Geen
Carolina	Verpleegkundige	Extra	Nederland	Kaapverdiaans-Nederlands
Leeroy	Verzorgende	Extra	Bonaire	Antilliaans-Nederlands
Jacob	Geestelijk verzorger	Intra	Nederland	Geen
Olaf	Helpende	Intra	Nederland	Geen
Sofia	Huishoudelijke hulp	Extra	Nederland	Italiaans-Nederlands
Imane	Medewerker klantondersteuning	Extra	Marokko	Marokkaans-Nederlands
Meryem	Medewerker participatie	Intra en extra	Nederland	Turks-Nederlands
Linda	Verzorgende	Intra	Suriname	Surinaams-Nederlands
Soraya	Verzorgende	Intra	Curaçao	Antilliaans-Nederlands
Eveline	Verpleegkundige	Intra	Kameroen	Kameroens-Nederlands
Naomi	Verpleegkundige	Intra	Nederland	Antilliaans-Nederlands

Zie ook de volgende pagina

Tabel 2. Overzicht van geïnterviewde leidinggevenden en vertrouwenspersonen

Functie	**Sector: Intramuraal of extramuraal**	**Geboorteland**	**Migratie-achtergrond**	**Ervaring als leidinggevende met discriminatie van medewerkers door cliënten?**
Manager	Intra	Nederland	Geen	Nee
Regiomanager	Extra	Nederland	Geen	Ja
Zorgcoördinator	Extra	Nederland	Turks-Nederlands	Ja
Teamleider	Extra	Nederland	Geen	Ja
Manager	Extra	Nederland	Marokkaans-Nederlands	Ja
Teamleider	Intra	Nederland	Moluks-Nederlands	Ja
Teamleider	Intra	Nederland	Surinaams-Nederlands	Ja
Teamleider	Intra	Nederland	Geen	Nee
Manager	Intra	Nederland	Geen	Nee
Manager	Extra	Nederland	Geen	Ja
Medewerkers-vertrouwenspersoon	Intra en extra	Nederland	Geen	n.v.t.
Medewerkers-vertrouwenspersoon	Intra en extra	Nederland	Geen	n.v.t.
Medewerkers-vertrouwenspersoon	Intra en extra	Nederland	Geen	n.v.t.
Medewerkers-vertrouwenspersoon	Intra en extra	Nederland	Voorouders woonden in het huidige Indonesië	n.v.t.
Kwaliteits-medewerker	Extra	Nederland	Geen	n.v.t.
Arbocoördinator	Intra en extra	Nederland	Geen	n.v.t

Bijlage 2. Analyse van resultaten vragenlijst

In totaal zijn 62 zorgverleners gestart met het invullen van de digitale vragenlijst. Het ging om 53 vrouwen (85%) en 9 mannen (15%). De oudste respondent is geboren in 1955 en jongste in 2002. Van alle respondenten zijn er 45 geboren in Nederland. De overige respondenten zijn geboren in Suriname (5), Curaçao (4), Aruba (3), Kaapverdië (2), Angola (1), Bonaire (1) en Brazilië (1). Het middelbaar beroepsonderwijs is de hoogst genoten opleiding van 39 respondenten. 11 respondenten hebben het hoger beroepsonderwijs afgerond en 4 hebben een wetenschappelijk diploma. Het voortgezet onderwijs is de hoogst genoten opleiding van 8 respondenten. Van de 62 respondenten werken er 28 als huishoudelijke hulp en 16 als verzorgende. Daarnaast vulden meerdere (wijk)verpleegkundigen (5), helpenden (4) en medewerkers welzijn (4) de vragenlijst in. De overige respondenten werken als behandelaar, ambulant begeleider, huiskamer medewerker of directeur bij een zorginstelling. Een meerderheid van de respondenten (41) werkt in de thuiszorg. Anderen werken in een verzorgingshuis (9), een verpleeghuis (7), een hospice (1) of op kantoor (1). Twee respondenten geven aan op verschillende soorten locaties te werken en één respondent benoemt als ZZP-er te werken. Bijna driekwart van de respondenten (46) werkt alleen binnen de gemeente Rotterdam en 7 respondenten alleen daarbuiten. De overige 9 respondenten werken zowel binnen als buiten de gemeente Rotterdam. De grootste groep respondenten (30) werkt al 8 jaar of langer in de ouderenzorg. 17 respondenten werken maximaal 2 jaar in deze sector. Voor de overige respondenten is dit 2-4 jaar (9), 4-6 jaar (4) en 6-8 jaar (2).

Hoewel de oproep voor deelname aan digitale vragenlijst specifiek was gericht op zorgverleners in de ouderenzorg die discriminatie door cliënten/patiënten hebben ervaren, gaven 13 respondenten aan geen discriminatie door cliënten/patiënten te hebben meegemaakt. Een ruime meerderheid (42) van de respondenten heeft wel discriminatie door cliënten/patiënten ervaren en 5 respondenten twijfelen of er sprake was van discriminatie. Respondenten die discriminatie hebben ervaren of hierover twijfelden, konden hierover aanvullende vragen beantwoorden. Op de vraag door wie zij zich (mogelijk) gediscrimineerd voelden, werd door cliënten/patiënten het meest (34) genoemd, gevolgd voor naasten van cliënten (11). Onder ‘anders, namelijk’ vulden 5 respondenten in discriminatie te ervaren door collega’s of leidinggevende. Het was mogelijk om meerdere antwoorden op deze vraag aan te klikken. Ook op de vraag waarom de respondenten dachten gediscrimineerd te zijn, waren meerdere antwoorden mogelijk. Afkomst werd het meest (22) genoemd, gevolgd door geslacht (8), geloof (8) en seksuele voorkeur (2). Onder ‘anders, namelijk’, werd vier keer (over)gewicht ingevuld. De respondenten ervoeren discriminatie vooral in de vorm van belediging (21), weigering (16) en beledigende grappen (12). Daarnaast voelden 9 respondenten zich genegeerd en 4 respondenten zich bedreigd. De vraag hoe vaak de zorgverleners te maken krijgen met discriminatie is 36 keer ingevuld. Voor een kwart van deze respondenten (9) was de ervaring met discriminatie eenmalig. De overige respondenten maken dit vaker mee, 5 respondenten zelfs dagelijks. 8 respondenten geven aan met niemand over hun discriminatie-ervaring(en) te hebben gesproken. Respondenten die dat wel deden, spraken vooral met hun naasten (18), collega’s (17) en/of leidinggevende (13) hierover. Een enkeling sprak met een vertrouwenspersoon (3) of medewerker personeelszaken (1). Geen van de respondenten deed een melding bij een antidiscriminatiebureau of de politie. Op de vraag of de organisatie waar de respondent werkzaam is, richtlijnen heeft voor wat je kunt doen als een cliënt/patiënt discrimineert, gaf het grootste deel (24) van de respondenten aan dit niet te weten. 15 respondenten antwoordden bevestigend, terwijl 6 respondenten lieten weten dat er geen richtlijnen zijn. Tot slot beantwoordden 45 respondenten de vraag of zij wel eens gediscrimineerd zijn door een collega en/of leidinggevende. Ruim de helft (27)

gaf aan dit niet te hebben meegemaakt, 10 respondenten hebben dit wel ervaren en 8 respondenten twijfelen hierover.

Word je door cliënten/patiënten gediscrimineerd op het werk?

Werk je in de ouderenzorg in Rotterdam en krijg je op het werk wel eens te maken met discriminatie* door cliënten/patiënten? Bijvoorbeeld een vervelende opmerking vanwege je huidskleur of het weigeren van zorg omdat je moslim bent.

Vul dan deze vragenlijst in. Dit kost ongeveer 5-7 minuten. Jouw antwoorden zijn volledig anoniem.

Alvast bedankt voor je medewerking!

* Discriminatie is het anders behandelen van mensen vanwege onder andere hun afkomst of huidskleur, seksuele voorkeur, beperking of chronische ziekte, godsdienst en levensovertuiging of geslacht. Discriminatie is wettelijk verboden.

1. Ik ben

Vrouw
Man
Anders dan bovenstaande
Wil ik niet zeggen

2. Mijn geboortejaar is (alleen jaartal invullen, bijvoorbeeld 1995)

Open

3. Mijn geboorteland is

Open

4. Mijn hoogst afgeronde opleiding is

Basisonderwijs
Voorgezet onderwijs
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
Hoger beroepsonderwijs (HBO)
Wetenschappelijk onderwijs (WO)

5. Binnen de ouderenzorg werk ik als

Arts
Behandelaar (bijvoorbeeld fysiotherapeut, psycholoog, diëtist)
Huishoudelijke hulp
Verpleegkundige
Wijkverpleegkundige
Verzorgende
Medewerker welzijn (bijvoorbeeld ouderenconsulent)
Praktijkondersteuner ouderenzorg
Anders, namelijk:

6. Ik werk

In een verzorgingshuis
In een verpleeghuis
In de thuiszorg
Anders, namelijk:

7. Mijn werkplek bevindt zich

In de gemeente Rotterdam
Buiten de gemeente Rotterdam
Zowel binnen als buiten de gemeente Rotterdam

8. Ik werk …. jaar in de ouderenzorg

0 – 2 jaar
2 – 4 jaar
4 – 6 jaar
6 – 8 jaar
8 jaar of langer

9. Ben je tijdens je werk in de ouderenzorg wel eens gediscrimineerd door een cliënt/patiënt*? [Als een respondent hier 'nee' invult, dan door naar vraag 16.]

Ja
Nee
Ik twijfel

* Discriminatie is het ongelijk behandelen van mensen vanwege onder andere hun afkomst of huidskleur, seksuele voorkeur, beperking of chronische ziekte, godsdienst en levensovertuiging of geslacht. Discriminatie kan in verschillende vormen voorkomen. Soms is discriminatie heel direct en duidelijk, in andere gevallen is het lastig te herkennen.

10. Door wie denk je te zijn gediscrimineerd? Je kunt meerdere antwoorden aanklikken.

Door één of meerdere cliënten/patiënten
Door naasten (bijvoorbeeld familie of vrienden) van cliënt(en)/patiënt(en)
Anders, namelijk:

11. Waarom denk je dat je bent gediscrimineerd? Je kunt meerdere antwoorden aanklikken.

Vanwege mijn afkomst (bijvoorbeeld je huidskleur)
Vanwege mijn seksuele voorkeur (bijvoorbeeld dat je homoseksueel of lesbisch bent)
Vanwege mijn geslacht (bijvoorbeeld dat je man bent)
Vanwege mijn genderexpressie (bijvoorbeeld dat je transgender bent)
Vanwege mijn geloof (bijvoorbeeld dat je moslim bent)
Anders, namelijk:

12. Op welke manier(en) ben je (mogelijk) gediscrimineerd? Je kunt meerdere antwoorden aanklikken.

De cliënt/patiënt (en eventueel andere betrokkenen) beledigde mij
De cliënt/patiënt wilde niet door mij verzorgd/geholpen/behandeld worden
De cliënt/patiënt negeerde mij
De cliënt/patiënt maakte grappen over mij
De cliënt/patiënt bedreigde mij
Anders, namelijk:

13. Wil je de discriminatie-ervaring(en) kort omschrijven? (niet verplicht)

Open

14. Hoe vaak krijg jij tijdens je werk in de ouderenzorg te maken met (mogelijke) discriminatie door cliënten/patiënten?

Dit heb ik één keer meegemaakt

Dit maak ik iedere maand mee
Dit maak ik iedere week mee
Dit maak ik iedere dag mee
Anders, namelijk:

15. Heb je met iemand gesproken over deze discriminatie-ervaring(en)? Je kunt meerdere antwoorden aanklikken.

Ja, met naasten (bijvoorbeeld partner of vrienden)
Ja, met collega's
Ja, met mijn leidinggevende
Ja, met een medewerker van personeelszaken
Ja, met een vertrouwenspersoon
Ja, met een medewerker van een meldpunt discriminatie
Ja, met de politie
Nee, nooit
Anders, namelijk:

16. Heeft de organisatie waar je werkt (voor zover jij weet) richtlijnen voor wat je kunt doen als een cliënt/patiënt een zorgverlener discrimineert?

Ja
Nee
Weet ik niet

17. Ben je tijdens je werk in de ouderenzorg wel eens (mogelijk) gediscrimineerd door een collega of leidinggevende?

Ja
Nee
Ik twijfel

18. Wil je nog iets anders vertellen over jouw discriminatie-ervaring(en)?

Open

19. Wil je uitgebreider over jouw discriminatie-ervaringen in de ouderenzorg vertellen tijdens een gesprek? Onder andere over hoe je hiermee omgaat en wat er binnen de organisatie wordt gedaan tegen discriminatie? Laat dan hieronder je telefoonnummer en e-mailadres achter. Deze gegevens worden alleen gebruikt om contact op te nemen voor een aanvullend interview van maximaal een uur. Je mag ook zelf contact opnemen met Inte van der Tuin, projectleider van dit onderzoek via i.vandertuin@radar.nl of op 06–11 88 41 86. Voor deelname aan een interview ontvang je een cadeaubon van 25 euro.

Heel erg bedankt voor het invullen van de vragenlijst!