

Discriminatie in de zorg, welzijn en sport

Samenvatting en conclusie

Amsterdam, 18 maart 2025

Nr: C371001232

© 2025 Verian, in opdracht van het ministerie van VWS

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Context	3
1.2 Doelstelling	3
1.3 Onderzoeksverantwoording	3
1.3.1 Iteratieve onderzoeksopzet	3
1.3.2 Methodologie en de belangrijke rol van kwalitatieve inzichten	5
1.3.3 Begeleidingscommissie	5
1.4 Leeswijzer	6
2. Samenvattende conclusies	7
3. Samenvatting Zorggebruikers	9
3.1 Prevalentie discriminatie	9
3.2 Uitingsvorm van discriminatie	10
3.4 Gevolgen	13
3.5 Maatregelen	14
4. Samenvatting Zorgverleners	15
4.1 Prevalentie discriminatie	15
4.2 Uitingsvorm van discriminatie	17
4.2.1 Uitingsvorm van zelf ervaren discriminatie	17
4.2.2 Uitingsvorm van geobserveerde discriminatie	18
4.3 Situatie en context	19
4.4 Gevolgen	20
4.5 Maatregelen	21
5. Samenvatting Sporters	22
5.1 Prevalentie discriminatie	22
5.2 Uitingsvorm van discriminatie	23
5.3 Gevolgen	24
6. Samenvatting Sportprofessionals	25
6.1 Prevalentie discriminatie	25
6.2 Maatregelen	25
7. Conclusies en aanbevelingen	26
7.1 Conclusies	26
7.1.1 Prevalentiecijfers	26
7.1.2 Context en situatie	26
7.1.3 Uitingsvorm	27
7.1.4 Gevolgen	27
7.1.5 Maatregelen	28
7.2 Aanbevelingen	28

1. Inleiding

1.1 Context

Aanleiding voor het onderzoek, is dat uit eerder onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau¹, is gebleken dat 27% van de Nederlanders discriminatie ervaart, en nog eens 10% twijfelt of bepaalde incidenten samenhangen met discriminatie. Tussen de 9 en 16% van de Nederlanders ervaart discriminatie door instanties. Naar aanleiding hiervan is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna VWS) aangemerkt als een van de departementen met een specifieke verantwoordelijkheid voor het tegengaan van discriminatie. Om discriminatie tegen te gaan, wenste het ministerie allereerst meer inzicht in de prevalentie (wijze en omvang) van discriminatie binnen de VWS-domeinen. Eerdere onderzoeken toonden namelijk aan dat discriminatie plaatsvindt, maar boden onvoldoende inzicht in de domeinen waar dit plaatsvond, de wijze waarop, de situaties waarin dit plaatsvond en de gevolgen van discriminatie. VWS heeft onderzoeksbureau Verian gevraagd om door middel van een nieuw onderzoek de benodigde inzichten in kaart te brengen.

Verian heeft in samenwerking met onderzoeksbureau MARE een gefaseerde iteratieve onderzoeksopzet gehanteerd, bestaande uit kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In totaal zijn acht onderzoeken uitgevoerd. Voor elk van de uitgevoerde onderzoeken is een separate onderzoeksrapportage opgesteld. In voorliggende samenvatting worden de overkoepelende samenvatting en conclusies beschreven.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek luidde als volgt:

Inzicht verkrijgen in de wijze, omvang, aanleiding en impact van discriminatie in zorg, welzijn en sport.

Deze onderzoeksdoelstelling valt uiteen in de volgende hoofdvragen:

- In welke domeinen worden mensen geconfronteerd met discriminatie? En wie wordt gediscrimineerd?
- Op welke wijze komt de discriminatie tot uiting, de grond waarop en de omvang?
- Wat zijn de situaties en contexten waarin discriminatie zich voordoet en wat zijn de mechanismen die daaraan ten grondslag liggen?
- Welke maatregelen worden door betrokkenen benoemd om discriminatie tegen te gaan? Wat werkt wel en niet volgens hen?
- Welke gevolgen heeft discriminatie voor de betrokken personen en betrokken organisaties?

1.3 Onderzoeksverantwoording

1.3.1 Iteratieve onderzoeksopzet

Het onderzoek is gefaseerd uitgevoerd, bestaande uit acht deelonderzoeken. Zowel kwantitatieve prevalentiecijfers zijn vastgesteld als ook kwalitatieve informatie over de context en gevolgen van de discriminatie. De gefaseerde aanpak was als volgt:

¹ Publicatie: [Ervaren discriminatie in Nederland II – 2020](#)

1. **Deskresearch:** Het traject is gestart met een beknopte deskresearch, waarbij het rapport van de eerdere deskresearch naar discriminatie door Movisie en Verwey-Jonker is bestudeerd (rapport is [hier](#) te vinden) evenals de onderliggende onderzoeken. Het deskresearch is benut voor het opstellen van de vragenlijst van het grootschalige kwantitatieve onderzoek.
2. **Grootschalig kwantitatief onderzoek:** Door middel van grootschalig kwantitatief onderzoek deels online en deels d.m.v. face-to-face interviews (met tweetalige enquêteurs) zijn de prevalentiecijfers van discriminatie in de zorg, welzijn en sport in kaart gebracht onder zowel gebruikers als professionals. Het onderzoek bestond uit vier onderdelen, namelijk:
 1. Onderzoek onder een representatieve steekproef van **n=3.440 burgers** van 16 jaar en ouder, naar de ervaren discriminatie in de **zorg en welzijn**.
 2. Onderzoek onder een representatieve steekproef van **n=3.440 burgers (waarvan n=1.902 sporters)** van 16 jaar en ouder, naar de ervaren discriminatie in de **Sport**.
 3. Onderzoek onder **n=1.262 zorgprofessionals** met een goede spreiding naar de domeinen binnen de zorgsector, om de prevalentie onder zorgprofessionals in kaart te brengen.
 4. Onderzoek onder **n=410 sportprofessionals** (waaronder ook vrijwilligers in de sport) om de prevalentie van discriminatie onder sportprofessionals in kaart te brengen.
3. **Verdiepende onderzoeksfase:** In deze verdiepende fase is de focus gelegd op discriminatie in de zorg en welzijn. Sport is in overleg met VWS en de begeleidingscommissie buiten beschouwing gelaten (in paragraaf 1.4 is meer informatie opgenomen over de achtergrond bij deze keuze). Door middel van vier separate onderzoeken is duiding en kleuring gegeven aan de inzichten uit het kwantitatieve grootschalige onderzoek. Daarnaast zijn ontbrekende prevalentiecijfers in kaart gebracht. De vier deelonderzoeken betroffen:
 1. **Aanvullend kwantitatief onderzoek onder zorggebruikers van intramurale zorg** (begeleid wonen, RIBW (regionale instelling voor beschermd en begeleid wonen) en instellingen voor mensen met een beperking): Het kwantitatieve onderzoek wees op een relatief hoge prevalentie van discriminatie bij intramurale zorg. Dit aanvullende kwantitatieve onderzoek is erop gericht geweest betrouwbaarder inzicht te verkrijgen in de prevalentie van discriminatie binnen deze drie zorgdomeinen door het vergroten van de steekproef. In totaal zijn **n=362 zorggebruikers** ondervraagd in de intramurale zorg (n=178 begeleid wonen, n=206 instelling voor mensen met een beperking en n=61 RIBW zorg).
 2. **Semi-kwanti-kwali onderzoek:** Kwalitatieve verdieping onder een groot aantal zorggebruikers die discriminatie hebben ervaren. Het betrof personen met een migratieachtergrond, LHBTQIA+ personen en personen met overgewicht. Deze verdieping is gedaan d.m.v. onze Insights Explorer methodiek onder **n=127 zorggebruikers**. Via het Insights Explorer platform is in 8 vragen en doorvragen (waarbij de respondenten werden gestimuleerd uitgebreid te antwoorden) verder ingegaan op de context, situatie en gevolgen van de ervaren discriminatie.
 3. **Kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers:** In aanvulling op het semi-kwanti-kwali onderzoek is ook een volledig kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder zorggebruikers die discriminatie in de zorgdomeinen huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en begeleid wonen hebben ervaren. In kaart is gebracht, de context, situatie en gevolgen van de ervaren discriminatie onder mensen met een migratieachtergrond, LHBTQIA+ personen en mensen met (ernstig) overgewicht. Het onderzoek is uitgevoerd onder **34 zorggebruikers** die allen ervaring hadden met discriminatie in de zorg.
 4. **Kwalitatief onderzoek onder zorgverleners:** **50 online diepte-interviews met zorgverleners** die discriminatie in de zorg hebben ervaren en/of gezien, verdeeld over zes zorgdomeinen: ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, begeleid wonen, jeugdzorg, gehandicaptenzorg en sociaal werk. Bij de selectie van zorgverleners is rekening gehouden met spreiding op de kenmerken: LHBTQIA+ en migratieachtergrond.

In de separate onderzoeksrapporten is een uitgebreide onderzoeksverantwoording opgenomen.

1.3.2 Methodologie en de belangrijke rol van kwalitatieve inzichten

In het veldwerk is actief gestuurd op een representatieve deelname van doorgaans ondervertegenwoordigde minderheidsgroepen, zoals mensen met een migratieachtergrond, LHBTQIA+ personen, mensen met een beperking en moslims. Dit is bereikt via alternatieve methoden zoals face-to-face interviews en inzet van native speakers. Deze groepen zijn dus representatief opgenomen in de totale steekproef.

Voor de minderheidsgroepen die relatief klein zijn binnen de bevolking, blijven de absolute steekproef aantallen die discriminatie rapporteren, ondanks de grote kwantitatieve steekproef beperkt (vaak < n=50). Daardoor is het binnen het kwantitatieve onderzoek niet altijd mogelijk om statistisch significante uitspraken te doen over vervolgvragen die gaan over de uitingvormen, contexten of gevolgen van discriminatie binnen deze groepen. Dit betekent dat ervaringen van bijvoorbeeld Marokkaanse of Turkse Nederlanders, moslims, queer personen of intersectionele discriminatie – waar kenmerken zoals etniciteit, religie en genderidentiteit samenkomen kwantitatief minder zichtbaar zijn, ondanks dat zij in zowel de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten naar voren komen. Dit vraagt dan ook om een zorgvuldige duiding, waarbij de kwalitatieve inzichten niet louter als illustratief beschouwd dienen te worden, maar als volwaardige en fundamentele inzichten die cruciaal zijn voor het begrijpen van de aard, context en impact van discriminatie in de zorg.

1.3.3 Begeleidingscommissie

Bij dit onderzoek is een **begeleidingscommissie** ingesteld om de kwaliteit en objectiviteit te waarborgen. De commissie had een adviserende rol richting zowel de onderzoekers als de opdrachtgever, waarbij de onderzoekers verantwoordelijk bleven voor de uitvoering en inhoud van het onderzoek. De taken van de begeleidingscommissie omvatten onder meer:

- Toezicht houden op de uitvoering volgens het onderzoeksplan, toe te zien op de methodologische uitvoering en te adviseren op methodologische vraagstukken van de onderzoekers.
- Te adviseren in het aanscherpen van het door de onderzoekers opgestelde afwegingskader om tot afbakening van fase 2 te komen.
- Meedenken over en beoordelen van eventuele aanpassingen aan het onderzoeksplan.
- Optreden als informatiebron voor de onderzoekers.
- Mee te lezen op de vragenlijsten en waar nodig de onderzoekers te voorzien van advies tot aanscherping van de onderzoeksvragen.
- Mee te lezen op de tussenrapportage en (concept)eindrapportage en waar nodig de onderzoekers te voorzien van advies tot aanscherping.
- Toetsen van de interpretatie van onderzoeksresultaten en de inhoud van de rapportages

De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

- Em. Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, PhD,
- Prof. Dr. Semiha Denktas, Erasmus Universiteit
- Dr. Saskia Duijs, assistent professor UMC
- Dr. Agnes Elling, Mulier Instituut
- Drs. Hans Bellaart, Kennis Platform Inclusief Samenleven van Verwey Jonker

Daan Wijsbek van VWS was voorzitter van deze begeleidingscommissie.

1.4 Leeswijzer

Separate onderzoeksrapportages deelonderzoeken

Voorliggende samenvatting geeft een overkoepelende samenvatting op basis van de acht uitgevoerde deelonderzoeken. Voor de uitgebreide resultaten verwijzen we naar de separate rapportages van de deelonderzoeken.

Kwantitatieve en kwalitatieve resultaten gebundeld

De uitgevoerde deelonderzoeken bestaan uit kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken. In deze overkoepelende samenvatting worden de inzichten gebundeld. Daar waar het kwantitatieve uitkomsten betreft worden percentages opgenomen. Daar waar het kwalitatieve inzichten betreft wordt bij het duiden van omvang gebruik gemaakt van termen, zoals *sommigen*, *een deel* en *groot aantal*. De kwalitatieve inzichten dienen niet louter als illustratief beschouwd te worden, maar als volwaardige en fundamentele inzichten die cruciaal zijn voor het begrijpen van de aard, context en impact van discriminatie in de zorg.

Focus op discriminatie in de zorg

In de eerste fase (kwantitatieve onderzoek) is naast de prevalentie van discriminatie in de zorg, ook de prevalentie in de sport in kaart gebracht. In overleg met de begeleidingscommissie en VWS is besloten om sport buiten de scope van de verdiepende tweede fase te laten. Tot deze conclusie is gekomen doordat uit de eerste fase is gebleken dat grotere steekproef aantallen per sport gerealiseerd dienen te worden om de benodigde verdieping te realiseren, wat een relatief groot beslag zou leggen op het beschikbare onderzoeksbudget. Dit in combinatie met het feit dat er momenteel al veel verdiepende onderzoeken geïnitieerd zijn en/of in uitvoering zijn (mede vanuit Mulier Instituut). Zodoende zal in deze samenvatting de nadruk liggen op discriminatie in de zorg en welzijn.

Definitie discriminatie

In het onderzoek en de vragenlijsten is de volgende definitie van discriminatie gehanteerd: *Discriminatie is mensen anders behandelen, achterstellen of uitsluiten op basis van (persoonlijke) kenmerken. Voorbeelden zijn discriminatie op basis van godsdienst, levensovertuiging, politieke overtuiging, afkomst, genderidentiteit, seksuele gerichtheid, handicap, gewicht, leeftijd of chronische ziekte. Het gaat dus om alle vormen van discriminatie van subtiele tot expliciete discriminatie.* Deze definitie is afgeleid van de definitie die door het College voor de Rechten van de mens wordt gehanteerd en is [hier](#) te vinden.

Respondenten hebben zelf kunnen aangeven of hun ervaring discriminatie betrof. Daarmee zijn alle prevalentiecijfers in dit rapport gebaseerd op zelfrapportage. Oftewel dat in de perceptie van de respondent sprake was van ongelijke behandeling op basis van (persoonlijke) kenmerken.

Citaten niet gecensureerd

In deze rapportage zijn citaten van gediscrimineerde personen opgenomen. In deze citaten staan uitspraken en woorden die als schokkend en/of aanstootgevend ervaren kunnen worden. Er is voor gekozen om de originele citaten weer te geven (en deze niet te censureren).

Opbouw rapport

Hoofdstuk 2 biedt een integrale, concluderende samenvatting van de onderzoeksresultaten. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de resultaten nader uitgesplitst per doelgroep. Hoofdstuk 3 bevat een samenvatting van de bevindingen met betrekking tot zorggebruikers. In hoofdstuk 4 worden de resultaten voor zorgverleners besproken. Hoofdstuk 5 richt zich op de doelgroep sporters, terwijl hoofdstuk 6 de bevindingen onder sportprofessionals samenvat. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de conclusies op de hoofdvragen en de aanbevelingen gepresenteerd.

2. Samenvattende conclusies

Discriminatie in zorg, welzijn en sport is geen uitzondering, maar realiteit voor velen

Discriminatie binnen de zorg, welzijn en sport komt substantieel voor en kent een brede diversiteit aan uitingsvormen en gevolgen. Binnen de zorg rapporteert 5% van de gebruikers én 5% van de zorgverleners dat zij in het afgelopen jaar met discriminatie te maken hadden. Ook 4% van de sporters en 3% van de sportprofessionals geven aan hiermee geconfronteerd te zijn. Daarbij is hoogstwaarschijnlijk sprake van onderrapportage. Het onderzoek laat namelijk zien dat subtiele vormen van discriminatie (micro agressie) vaak niet als discriminatie worden herkend, en daardoor niet gerapporteerd worden.

Omgerekend naar de Nederlandse bevolking betekent dit dat jaarlijks ongeveer **670.000 zorggebruikers** en **300.000 sporters discriminatie ervaren**. Onder zorgprofessionals gaat het naar schatting om 75.000 personen die hier jaarlijks slachtoffer van zijn. Voor sportprofessionals zijn dit circa 40.000 personen.² Deze cijfers zijn gebaseerd op ervaringen in de afgelopen 12 maanden. Aangezien eerdere incidenten niet zijn meegenomen, ligt het werkelijke aantal mensen dat te maken heeft gekregen met discriminatie in de zorg, welzijn en sport naar verwachting aanzienlijk hoger.

Nederlanders met een **niet-westerse migratieachtergrond, moslims, LHBTQIA+ personen, mensen met ernstig overgewicht** rapporteren significant vaker discriminatie (zowel in de zorg als in de sport). Zij maken tot 4 keer vaker discriminatie mee dan het gemiddelde. Zo rapporteert 11% van de zorggebruikers met een niet-westerse migratieachtergrond discriminatie, waarbij zelfs 18% van de Marokkaanse Nederlanders aangeeft discriminatie meegemaakt te hebben, wat vier keer zo vaak is als het gemiddeld. Onder LHBTQIA+ personen is dit 9%, en bij mensen met ernstig overgewicht 14%, en voor moslims 12%. Mensen die tot meerdere van deze groepen behoren, ervaren nog vaker discriminatie. Deze combinatie van factoren, oftewel **intersectionaliteit** **vergroot de kwetsbaarheid**. Zo ervaart 20% van de zorggebruikers met een niet-westerse migratieachtergrond, een beperking en ernstig overgewicht discriminatie.

Discriminatie binnen zorg en sport kent vele gezichten – **van subtiele uitsluiting tot openlijke belediging**– en laat diepe sporen na bij zowel gebruikers als professionals. In de zorg worden gebruikers vaak geconfronteerd met niet serieus genomen klachten, bevooroordeelde medische aannames, discriminerende opmerkingen en microagressie in de vorm van subtiele uitingen van vooroordelen, afstandelijke communicatie en/of denigrerende toon. Deze vormen van discriminatie komen niet sporadisch voor, maar lijken gegeven de omvang en wijdverspreidheid diepgeworteld en systematisch te zijn.

Zorgverleners krijgen te maken met **zowel discriminatie van patiënten, collega's én leidinggevenden**. Ook hier gaat het om een verscheidenheid aan uitingsvormen. Het gaat om directe uitsluiting, racistische opmerkingen, ongelijke behandeling bij promoties en minder doorgroeimogelijkheden, maar ook om subtiele marginalisering.

² De genoemde absolute aantallen zijn gebaseerd op steekproefpercentages omgerekend naar de betreffende populatieomvang. Hierbij dient rekening gehouden te worden met een statistische onnauwkeurigheidsmarge. Voor de zorggebruikers (n=3186) bedraagt deze $\pm 1,7\%$ bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Rekening houdend met de marge van $\pm 1,7\%$ betekent dit dat het werkelijke aantal naar verwachting ligt tussen circa **658.000 en 681.000** personen. Voor sporters (n=1.901) bedraagt de onnauwkeurigheidsmarge $\pm 2,25\%$. Voor subgroepen zoals zorgverleners (n=1.262) en sportprofessionals (n=410) gelden hogere marges van respectievelijk $\pm 2,7\%$ en $\pm 4,9\%$. De gerapporteerde cijfers geven daarmee een betrouwbare indicatie, maar zijn geen exacte metingen.

In de **sport is discriminatie vaker zichtbaar en verbaal**. Sporters – vooral in teamsporten – krijgen te maken met scheldpartijen, uitsluiting of fysieke intimidatie (naar aanleiding van dan wel op basis van hun persoonskenmerk(en)), vaak op basis van afkomst of religie. Sportprofessionals rapporteren discriminatie vanuit toeschouwers en sporters.

De gevolgen voor de slachtoffers zijn ernstig. Ze ervaren hierdoor stress, mentale klachten en het tast het vertrouwen in de zorg en sport aan. Voor zorggebruikers leidt het tot verlies van vertrouwen, gevoelens van verdriet, schaamte en machteloosheid. Men gaat zorg mijden of stelt behandelingen uit, wat hun gezondheid en welzijn direct schaadt. Anderen zijn wantrouwender geworden richting zorgverleners, zo nemen ze uit voorzorg iemand mee naar afspraken of vermijden ze bepaalde zorgverleners.

Discriminatie bij professionals **tast het werkplezier en de mentale gezondheid aan**, en leidt tot stress, onzekerheid en soms burn-out of uitstroom. Ook leidt het tot een verandering in werkhouding door bijvoorbeeld terughoudender te zijn in de interactie met patiënten en/of afspraken met patiënten niet zelfstandig te doen, maar een collega erbij te vragen. Deze verandering in werkhouding kan – ondanks dat zorgprofessionals de zorg voor patiënten/cliënten voorop stellen - gevolgen hebben op de kwaliteit van de zorg. Zo bestaat het risico dat essentiële communicatie met patiënten achterwege blijft of dat bepaalde handelingen niet (tijdig) worden uitgevoerd, wanneer zorgverleners handelen vanuit terughoudendheid of confrontaties proberen te vermijden.

In de sportsector zorgen discriminerende ervaringen voor verlies van plezier, motivatie en gevoel van veiligheid. Sporters blijven weg van trainingen of stoppen met sporten. Sportprofessionals voelen zich onvoldoende gesteund en raken hun betrokkenheid kwijt. Discriminatie beperkt zich zo niet alleen tot individuen, maar ondermijnt ook het functioneren en de toegankelijkheid van zorg en sport als geheel.

De resultaten laten zien dat discriminatie in de zorg, welzijn en sport geen incidenteel probleem is, maar een structureel karakter heeft met ernstige gevolgen. De impact op gezondheid, werkplezier en sportparticipatie is groot. De omvang van de discriminatie maakt duidelijk dat actie vereist is. Instellingen en overheid moeten gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen om discriminatie actief en zichtbaar tegen te gaan — met duidelijke normstelling, verbeterde singalerings- en meldstructuren, betere ondersteuning van slachtoffers en concrete preventieve maatregelen op de werkvloer en in de sportpraktijk. Aangezien de discriminatie in de zorg, sport en welzijn wordt gevoed dan wel in stand wordt gehouden door de aanwezigheid van discriminatie in de samenleving, is het ook van belang dat de politiek en de samenleving een norm stellen om de effectiviteit van te nemen maatregelen te ondersteunen.

3. Samenvatting Zorggebruikers

In dit hoofdstuk volgt een integrale samenvatting van de belangrijkste resultaten op basis van de verschillende deelonderzoeken onder zorggebruikers. Hierin zijn dus zowel kwantitatieve als kwalitatieve resultaten verwerkt.

3.1 Prevalentie discriminatie

Prevalentiepercentage 5%, en waarschijnlijk onderrapportage

Vijf procent van de zorggebruikers³ geeft aan gediscrimineerd te zijn in de zorg in de afgelopen 12 maanden. Nog eens drie procent geeft aan discriminatie te hebben geobserveerd in die periode. Opvallend bij het prevalentiepercentage van 5% is dat 1% niet direct aangeeft gediscrimineerd te zijn, maar dit pas bij doorvragen en het voorleggen van voorbeelden aangeeft. Op basis van deze constatering kan gesteld worden dat naar alle waarschijnlijkheid sprake is van onderrapportage van de prevalentie van discriminatie, omdat de subtiele vormen niet zo snel als discriminatie worden herkend.

Jaarlijks ca. 670.000 zorggebruikers die discriminatie ervaren

Op basis van een prevalentiepercentage van 5% kan gesteld worden dat ca. 670.000 personen jaarlijks discriminatie ervaren.⁴ Bij de duiding van deze absolute aantallen is het van belang te realiseren dat het hier discriminatie in de afgelopen 12 maanden betreft. Het percentage dat ooit discriminatie heeft ervaren, ligt naar alle waarschijnlijkheid aanzienlijk hoger.

Minderheidsgroepen vaker geconfronteerd met discriminatie

Minderheidsgroepen zijn vaker dan gemiddeld gediscrimineerd in de zorg. Zij ervaren tot wel vier keer vaker discriminatie dan het gemiddelde. Met name Marokkaanse Nederlanders (18%), Turkse Nederlanders (9%), mensen met ernstig overgewicht (14%), moslims (12%) en LHBTQIA+ personen (9%) vallen op door het hoge percentage gediscrimineerde zorggebruikers. Onder zorggebruikers die tot meerdere minderheidsgroepen behoren (intersectionaliteit), ligt het prevalentiepercentage vaak nog hoger. Zo heeft 20% van de personen met een niet-westerse migratieachtergrond, een beperking en overgewicht in de afgelopen 12 maanden discriminatie ervaren, en heeft 14% van de LHBTQIA+ personen met een beperking discriminatie ervaren.

Discriminatie meest voorkomend bij intramurale zorg

Zeven procent van de zorggebruikers van begeleid wonen geeft aan te zijn gediscrimineerd in de zorg in de afgelopen 12 maanden. 5% heeft discriminatie ervaren in de RIBW zorg en 4% bij een instelling voor mensen met een beperking. Daarmee ervaren gebruikers van intramurale zorg, vaker discriminatie dan bij andere zorgvormen (gemiddeld 2%). In aanvulling op de zorggebruikers die zelf discriminatie hebben ervaren in de intramurale zorg, springt de intramurale

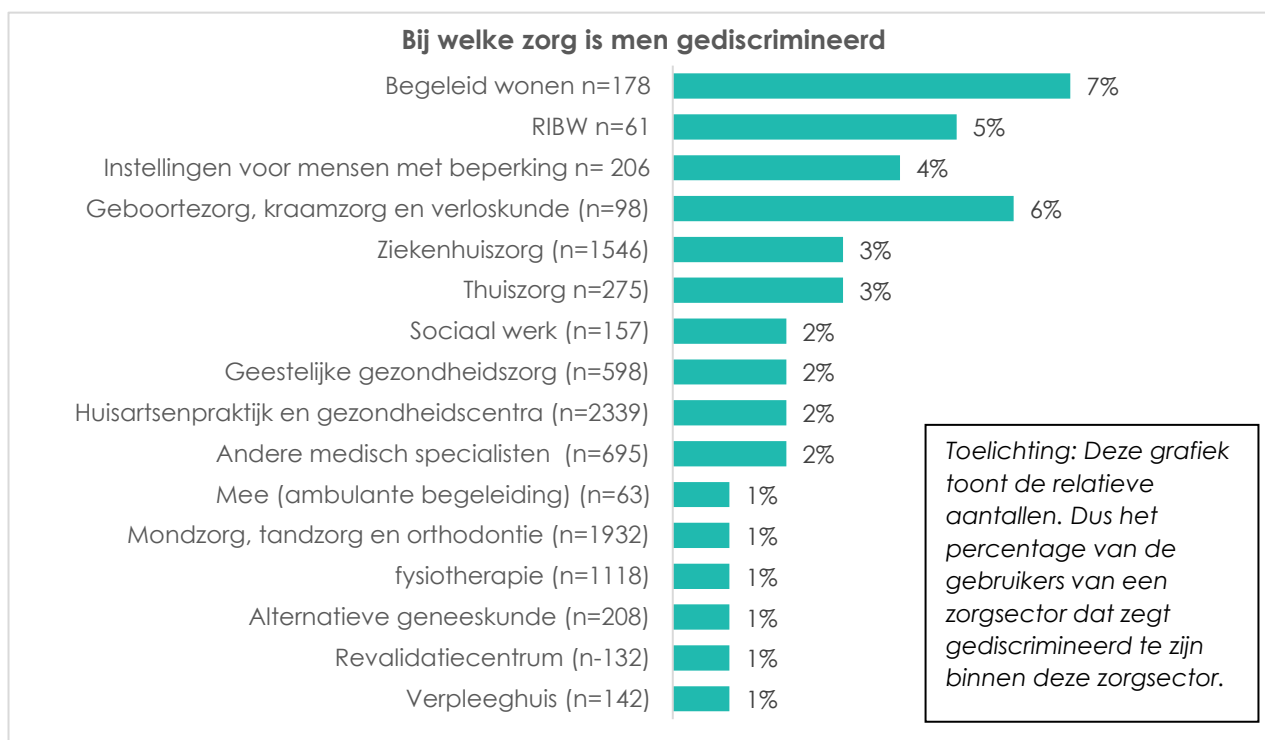
³ Van de ondervraagde representatieve steekproef in de leeftijd van 16 jaar en ouder, heeft 93% in de afgelopen 12 maanden minimaal één keer gebruik gemaakt van de zorg.

⁴ Bij de doorrekening naar absolute aantallen is rekening gehouden met een statistische onnauwkeurigheidsmarge. Voor de zorggebruikers (n=3186) bedraagt deze $\pm 1,7\%$ bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Rekening houdend met de marge van $\pm 1,7\%$ betekent dit dat het werkelijke aantal naar verwachting tussen circa 658.400 en 681.600 zorggebruikers ligt.

zorg er ook uit m.b.t personen die discriminatie hebben geobserveerd bij anderen (9% heeft dit zien gebeuren, wat bijna drie keer zo vaak is als het gemiddelde).⁵

Opvallend bij de intramurale zorg, is dat in aanvulling op de personen die zelf discriminatie hebben ervaren er nog eens 4% is die aangeeft dat een zorggebruiker die men ondersteunt, is gediscrimineerd in hun bijzijn (bij andere vormen van zorg is dat gemiddeld 1%). In totaal geeft daarmee 10% aan direct betrokken te zijn bij discriminatie in de intramurale zorg (zelf en/of de persoon die men ondersteunt). Dat is bijna twee keer zo vaak als het gemiddelde onder zorggebruikers (6%).

Naast de intramurale zorg komt discriminatie ook bovengemiddeld voor in de geboortezorg (6%). In onderstaande grafiek zijn de percentages voor elk van de ondervraagde zorgdomeinen opgenomen.



3.2 Uitingsvorm van discriminatie

De meeste genoemde gronden van discriminatie zijn overgewicht, etnische culturele herkomst (met name aangegeven door Marokkaanse en Turkse Nederlanders), beperking en godsdienst. Waarbij godsdienst met name betrekking heeft op de islamitische religie. In onderstaande grafiek is het totale overzicht van de gronden van discriminatie weergegeven. Na de grafiek worden de meest genoemde gronden verder toegelicht.

⁵ Het betreft hier personen die hebben ervaren dat een persoon die zij helpen met de zorg is gediscrimineerd, of hebben gezien dat iemand anders werd gediscrimineerd terwijl zij daar bij waren.



1 op de 4 zorggebruikers die zijn gediscrimineerd binnen de zorg geeft aan dat dit was op basis van **(ernstig) overgewicht**. Dit varieert van beledigende opmerkingen en stigmatisering tot het niet serieus nemen van klachten en het automatisch toeschrijven van gezondheidsproblemen aan overgewicht:

- **Klachten worden toegeschreven aan overgewicht:** Zorgverleners koppelen gezondheidsproblemen standaard aan het gewicht, zonder verder onderzoek. Hierdoor voelen zorggebruikers zich niet gehoord.
- **Eisen om eerst af te vallen:** Sommige zorgverleners geven aan dat klachten pas behandeld worden na gewichtsverlies, ook als de klachten al bestonden vóór het overgewicht of hier volgens de zorggebruiker geen directe relatie mee lijken te hebben.
- **Beledigende of kwetsende opmerkingen:** Zorggebruikers horen denigrerende termen of kwetsende opmerkingen, zoals het spreken over “DDD” (domme dikke diabetespatiënt). Dit versterkt gevoelens van schaamte en onzekerheid.
- **Achterstelling in de zorg:** Patiënten met overgewicht die in het ziekenhuis minder eten of drinken krijgen dan anderen.

Een andere veelvoorkomende grond van discriminatie is **afkomst**, 21% geeft aan op basis van deze grond te zijn gediscrimineerd. Ook gronden die hieraan relateren zoals huidskleur, beheersing van het Nederlands en nationaliteit worden genoemd. Deze discriminatie manifesteert zich doordat hun huidskleur, afkomst of culturele gebruiken centraal lijken te staan in het contact met zorgverleners. Het gaat dan om de volgende uitingsvormen:

- **Beledigende opmerkingen:** waarbij zorggebruikers werden geconfronteerd met negatieve opmerkingen over hen, zoals “aap” en “neger”.
- **Koppeling van klachten aan migratieachtergrond:** Zorgverleners schrijven gezondheidsklachten toe aan iemands afkomst of gebruiken, waardoor patiënten het gevoel krijgen dat hun klachten niet serieus worden genomen.

- **Andere behandeling op basis van afkomst:** Uitspraken zoals “Mensen van jouw afkomst hebben vaker te maken met ...” “de partner van een Hollandse man mocht wel blijven, maar de partner met hoofddoek mocht dat niet” geven patiënten het gevoel dat hun zorgvraag minder belangrijk wordt gevonden.
- **Beperkte toegang tot zorg:** Zoals bij verzoeken om medicijnen, waarbij zorgverleners impliciet verwijzen naar Nederlandse normen, wat als afwijzend en discriminerend wordt ervaren.

Verder vormen **seksuele gerichtheid en genderidentiteit** veelvoorkomende gronden voor discriminatie. De uitingsvormen hiervan zijn:

- **Aannames over transpersonen:** Zorgverleners maken veronderstellingen over de fase of uitvoering van een transitie, evenals over de medicijnen en bijwerkingen hiervan.
- **Onjuiste aanspreekvormen:** Transpersonen worden niet altijd aangesproken zoals zij dat wensen, zelfs wanneer hun voorkeur expliciet is doorgegeven.
- **Stigmatisering bij seksuele voorkeur:** Vooral homoseksuele mannen ervaren discriminatie bij medische onderzoeken, bijvoorbeeld wanneer artsen automatisch een HIV-test eisen, ondanks een stabiele relatie.
- **Ongemakkelijke of kwetsende opmerkingen:** Zorgverleners maken soms ongepaste opmerkingen over iemands seksuele voorkeur op basis van persoonlijke verhalen.

Religie en dan met name de islam is een veelvoorkomende discriminatiegrond. Dit uit zich met name in **ongelijke behandeling:** Zorggebruikers die bijvoorbeeld geen hand geven of een hoofddoek dragen, merken verschillen in hoe zorgverleners met hen omgaan. Dit uit zich in minder vriendelijkheid, kortaf reageren of zelfs het ontbreken van een begroeting.

Daarnaast vormt een **fysieke beperking** eveneens een veelvoorkomende grond van discriminatie. Ook hier gaat het om vooroordelen en aannames over hun beperking en dat ze anders worden bejegend en anders met hen wordt gecommuniceerd (bijvoorbeeld simplistisch, kinderachtig, of het communiceren via de mantelzorger).

3.3 Situatie en context

Discriminatie komt op verschillende manieren tot uiting, en in verschillende situaties

Discriminatie vindt zowel plaats in publieke ruimtes als in niet-publieke ruimtes binnen de zorg. Waarbij het iets vaker lijkt voor te komen in niet-publieke ruimtes (spreekkamer en behandelkamer). In het onderzoek komt zowel discriminatie door andere zorggebruikers als zorgverleners naar voren, maar het meest wordt de discriminatie door zorgverleners benoemd. Zorggebruikers ervaren discriminatie in verschillende vormen. Er zijn vormen van discriminatie waarbij het volgens de zorggebruiker onmiskenbaar om discriminatie gaat, zoals beledigende opmerkingen, vooroordelen, pestgedrag of dat hun zelfs de zorg werd geweigerd. Echter, zijn er ook vormen van discriminatie waarbij discriminatie op subtiele wijze plaatsvindt, oftewel **micro agressie**. In sommige gevallen gaat het dan om opmerkingen die worden gemaakt of het gedrag van een zorgverlener, zoals een bepaalde blik, een afstandelijke manier van communiceren, of niet serieus worden genomen.

Zorggebruikers die discriminatie hebben ervaren, geven veelal aan eerder contact te hebben gehad met de persoon die hen discrimineerde. In sommige gevallen was het eerdere contact goed verlopen waardoor men ook overvallen werd door de discriminatie. Anderen geven aan dat het eerdere contact eveneens negatief was.

Gediscrimineerde zorggebruikers ervaren 'freeze' reactie en weten niet hoe te reageren

Over het algemeen ervaren zorggebruikers bij de confrontatie met discriminatie een 'freeze' reactie. Veelal zijn ze overrompeld door het voorval en weten dan niet hoe te reageren. Verder reageren sommigen niet, omdat ze in een afhankelijkheidssituatie zitten en men toch geholpen wil worden. Ze besluiten dan om niet te reageren op het voorval. In die gevallen heeft men achteraf vrijwel altijd spijt van de passieve houding en had men de zorgverlener liever willen wijzen op de onaanvaardbaarheid van het gedrag.

Afzijdigheid getuigen draagt bij aan gevoelens van eenzaamheid en vernedering

Gediscrimineerde zorggebruikers geven in veel gevallen aan dat getuigen/omstanders niet reageerden op het incident. In enkele gevallen schoten ooggetuigen wel te hulp, bijvoorbeeld door de dader aan te spreken. In veel gevallen waren de getuigen die te hulp schoten een naaste van de persoon die werd gediscrimineerd. Ooggetuigen die het slachtoffer niet kennen, houden zich vaak afzijdig. De afzijdigheid van getuigen draagt bij aan gevoelens van eenzaamheid en vernedering.

Machtsverhouding en afhankelijkheidssituatie beïnvloeden de situatie

Discriminatie vindt voornamelijk plaats van zorgverlener richting de zorggebruiker. Zorggebruikers ervaren een sterke afhankelijkheid van het oordeel, de bereidheid en het handelen van de zorgverlener. Deze afhankelijkheidsrelatie is inherent aan de zorgrelatie, maar wordt extra scherp gevoeld op het moment dat sprake is van discriminatie. Juist door die afhankelijkheid voelen zorggebruikers vaak een drempel om zich uit te spreken of melding te maken van de discriminatie.

3.4 Gevolgen

Discriminatie maakt veel gevoelens los

De ervaring van discriminatie heeft een diepgaande impact en leidt tot een breed scala aan gevoelens, waaronder verdriet, boosheid, schaamte, eenzaamheid, machteloosheid, vernedering, ongeloof en afwijzing. Deze emoties raken niet alleen het emotionele welzijn, maar vertalen zich ook in negatieve gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid, zorgmijding, en afname in het vertrouwen in de zorg. De context waarin discriminatie plaatsvindt beïnvloedt de intensiteit van deze gevoelens. Wanneer discriminatie zich voordoet in een publieke setting of binnen een situatie van afhankelijkheid wordt de impact als extra pijnlijk en ingrijpend ervaren.

Discriminatie heeft negatieve gevolgen voor mentaal en fysiek welzijn

Discriminatie heeft bij een deel (langdurige) negatieve gevolgen op het mentale welzijn, bijvoorbeeld in de vorm van een verslechterd zelfbeeld en depressiviteit. Ook heeft het bij sommigen heftige gevolgen voor het fysieke welzijn, doordat men naar aanleiding van de discriminatie zorg gaat mijden, mindere kwaliteit zorg ontvangt, de zorg wordt uitgesteld of geweigerd. Met soms ook financiële consequenties, omdat men alternatieve behandeltrajecten moet doorlopen waarvoor men zelf de kosten draagt.

Discriminatie leidt tot wantrouwen en alertheid

Discriminatie door zorgverleners leidt vaak tot een afname van vertrouwen in de zorg en kan in sommige gevallen zelfs omslaan in **actief wantrouwen**. Dit heeft een directe weerslag op de zorgrelatie, die gespannen raakt en kan resulteren in verminderde behandeluitkomsten. Zo leidt het bijvoorbeeld tot verminderde therapietrouw, of het doorlopen van een minder optimaal behandeltraject.

Veel gediscrimineerde zorggebruikers geven aan na het incident alerter te zijn op mogelijke vormen van discriminatie, vooral in contact met zorgverleners. Om zichzelf te beschermen of sterker te staan kiest men er voor om bij vervolgspraken iemand mee te nemen. Ook geven zij aan na het incident assertiever te zijn geworden en zich vaker (te willen) uitspreken wanneer discriminatie zich voordoet. Een klein deel blijft de zorg op vergelijkbare wijze gebruiken, vanuit de overtuiging dat de verantwoordelijkheid voor professioneel handelen en het niet discrimineren primair bij de zorgverlener ligt en dat die zich moet aanpassen en niet de zorggebruiker.

Slachtoffers worden in de eigen omgeving niet altijd serieus genomen

Een deel van de zorggebruikers die discriminatie heeft ervaren, geeft aan dat mensen in hun eigen omgeving het incident niet serieus nemen of ongeïnteresseerd reageren. Ook dit versterkt hun gevoelens van eenzaamheid, verdriet en machteloosheid.

3.5 Maatregelen

Weinig melding van discriminatie

In 5 op de 6 gevallen wordt er geen melding gedaan van de discriminatie. Hier liggen verschillende redenen aan ten grondslag. In sommige gevallen realiseert men zich pas achteraf dat er sprake was van discriminatie, bijvoorbeeld na reflectie of een gesprek met anderen. Tegen die tijd voelt een melding maken minder urgent of relevant. Daarnaast speelt angst voor negatieve gevolgen voor de zorgbehandeling een grote rol. Zorggebruikers zijn afhankelijk van zorgverleners en vrezen dat een melding invloed kan hebben op de zorg die zij ontvangen. Dit geldt nadrukkelijk voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg, zoals bij intramurale zorg.

Ook onzekerheid over de impact van een melding weerhoudt zorggebruikers ervan om actie te ondernemen. Zij twijfelen of hun klacht serieus genomen zal worden en of het indienen ervan daadwerkelijk tot verandering leidt. Bovendien is er vaak onduidelijkheid over de procedures rondom meldingen, de wijze van afhandeling en de consequenties voor zowel de zorgverlener als henzelf. Daarnaast spelen ook sociale en emotionele drempels een rol. Zorggebruikers kunnen zich onzeker of beschaamd voelen over hun ervaring en willen dit achter zich laten. Tot slot speelt voor sommigen het gebrek aan steun uit de directe omgeving, of het gevoel niet serieus genomen te worden, wat ontmoedigt om een melding te doen.

Mogelijke maatregelen

Desgevraagd benoemen de gediscrimineerden dat discriminatie aangepakt kan worden door scholing van zorgpersoneel, een diverser personeelsbeleid, normering door strengere regels en controle. Voor de verschillende actoren in het zorgdomein worden de volgende maatregelen genoemd:

- **Zorginstellingen:** In eerste instantie worden vooral maatregelen benoemd met betrekking tot het aannemen van divers personeel en scholing van het personeel. Vervolgens wordt het bieden van meer tijd voor patiënten/cliënten genoemd en tot slot de normering door strengere regels en beleid, zoals duidelijke sancties voor medewerkers die discrimineren.
- **Zorgverleners:** kunnen volgens zorggebruikers discriminatie terugdringen door beter te luisteren naar de patiënt/cliënt, elkaar onderling aan te spreken op discriminerend gedrag en het vergroten van de eigen kennis op dit thema.

4. Samenvatting Zorgverleners

In dit hoofdstuk volgt een integrale samenvatting van de belangrijkste resultaten op basis van de verschillende deelonderzoeken onder zorgverleners. Hierin zijn zowel de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten verwerkt.

4.1 Prevalentie discriminatie

Prevalentiepercentage 5%

Vijf procent van de zorgverleners geeft aan gediscrimineerd te zijn tijdens het werk in de afgelopen 12 maanden. Opvallend is dat een twee keer zo groot aantal, namelijk tien procent aangeeft discriminatie op het werk geobserveerd te hebben. Het betreft dan voornamelijk de discriminatie van een zorgverlener door een patiënt (72%). In mindere mate gaat het om zorgverleners onderling (23%) en patiënten die door een zorgverlener werden gediscrimineerd (22%).⁶



Jaarlijks ervaren ca. 75.000 zorgprofessionals discriminatie

Op basis van een prevalentiepercentage van 5% kan gesteld worden dat ca. 75.000 zorgverleners jaarlijks discriminatie ervaren.⁷ Bij de duiding van deze absolute aantallen is het van belang te realiseren dat het hier discriminatie in de afgelopen 12 maanden betreft. Het percentage dat ooit discriminatie heeft ervaren, ligt naar alle waarschijnlijkheid aanzienlijk hoger.

Zorgverleners uit minderheidsgroepen vaker gediscrimineerd

Zorgverleners uit minderheidsgroepen geven significant vaker aan gediscrimineerd te zijn, tot wel vier keer zo vaak als het gemiddelde. Zo zijn zorgverleners met een migratieachtergrond (18%), zorgverleners die zich identificeren als LHBTQIA+ (15%) en zorgverleners met een lichamelijke of psychische beperking (9%) vaker gediscrimineerd.

Discriminatie meest voorkomend bij overige zorg en welzijn

1 op 9 zorgverleners uit de overige zorg en welzijn sector geeft aan in de afgelopen 12 maanden tijdens hun werk te zijn gediscrimineerd. Deze overige categorie omvat een diverse groep beroepen en instellingen die niet onder de specifiek benoemde branches vallen, zoals

⁶ Er konden meerdere antwoorden gegeven worden, waardoor het totale percentage optelt tot meer dan 100%

⁷ Bij de doorrekening naar absolute aantallen is rekening gehouden met een statistische onnauwkeurigheidsmarge. Voor de zorgverleners (n=1.262) bedraagt deze $\pm 2,7\%$ bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Uitgaande van ca. 1,5 miljoen personen die werkzaam zijn in de zorg en welzijn, exclusief kinderopvang (volgens CBS-statistieken) en rekening houdend met de marge van $\pm 2,7\%$ betekent dit dat het werkelijke aantal naar verwachting tussen circa 77.000 en 72.000 zorggebruikers ligt.

organisaties gericht op palliatieve zorg, preventieve gezondheidszorg, overige paramedische praktijken, alternatieve genezers en medische laboratoria. Ook geeft acht procent van de zorgverleners binnen de universitair medische centra aan te zijn gediscrimineerd. Discriminatie wordt relatief weinig gerapporteerd onder zorgverleners in de thuiszorg en gehandicaptenzorg, respectievelijk drie en vier procent. Echter, wordt in die sectoren wel vaker discriminatie bij anderen geobserveerd.



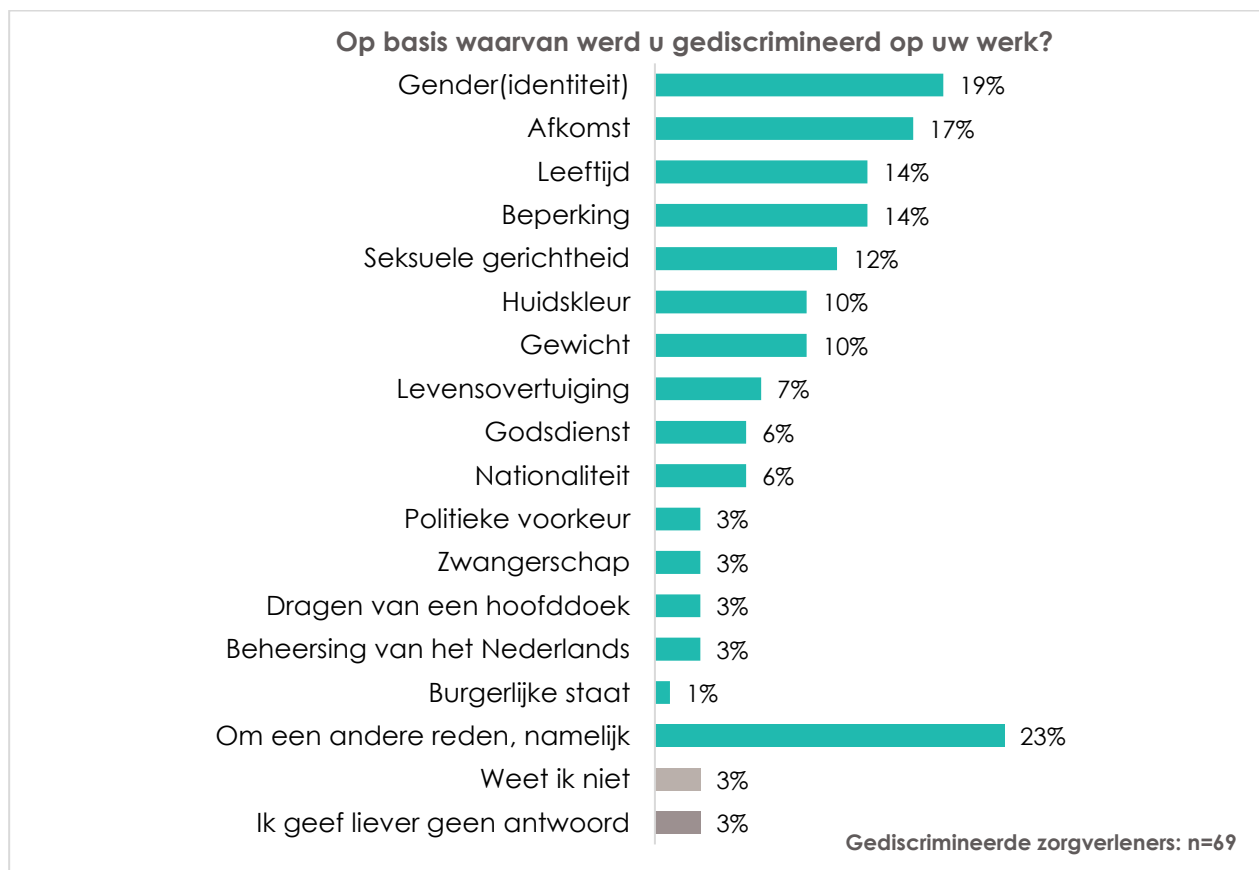
Opvallend is dat de geobserveerde discriminatie zich sterker voordoet in de gehandicaptenzorg, verpleegzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat hier dan met name om zorgverleners die aangeven dat een andere zorgverlener is gediscrimineerd door een patiënt. Uit de kwalitatieve verdieping blijkt dat bij ziekenhuizen en huisartsenzorg discriminatie vooral in de interactie tussen patiënten en zorgverleners plaatsvindt, terwijl in jeugdzorg, gehandicaptenzorg en begeleid wonen zowel cliënten als collega's discriminerend gedrag vertonen.



4.2 Uitingsvorm van discriminatie

4.2.1 Uitingsvorm van zelf ervaren discriminatie

1 op 5 zorgverleners die discriminatie heeft ervaren, geeft aan te zijn gediscrimineerd op basis van hun gender(identiteit). Daarnaast geeft 1 op 6 zorgverleners aan gediscrimineerd te zijn op afkomst. Ook leeftijd, huidskleur en beperking worden vaak genoemd als grond voor discriminatie.



Uit de voorbeelden die zorgverleners geven, blijkt dat de manieren waarop de discriminatie plaatsvindt zeer divers is. Soms vindt het (heel) **direct en grof** plaats, in de vorm van beledigende opmerkingen, bijvoorbeeld “*Dikke domme doos*”, “*Zwarte Piet, ga terug naar je land. Jij hoort hier niet.*” Of wordt een hoofddoek afgetrokken. Soms gebeurt het **subtieler en is sprake van micro agressie** en gaat het om bepaalde opmerkingen, die regelmatig tussen neus en lippen door gemaakt worden en die mensen het gevoel geven anders te zijn. Hier vallen ook de zogenaamde grapjes onder, die niet als zodanig worden ervaren.

Tot slot is er ook **een nog subtielere vorm**. Het is een gevoel dat zorgverleners bekruipt, het zijn bepaalde blikken, iets dat iemand uitstraalt, het opzettelijk niet willen begrijpen van iemand. Zorgverleners vinden het lastig te benoemen wat dit precies is en er voorbeelden van te geven. “*Ze zeggen het niet, maar ze stralen het wel uit.*” Onderstaand een aantal typerende voorbeelden van de verschillende uitingsvormen van discriminatie.

- **Gender:** Seksistische opmerkingen richting vrouwelijke verpleegkundigen die hun professionaliteit ondermijnen, en hiërarchische verschillen tussen mannelijke artsen en vrouwelijke verpleegkundigen, waarbij de input van de vrouwen wordt geminimaliseerd en

ze worden overstemd. Sommige patiënten weigeren hulp van een zorgverlener van het andere geslacht, wat de professionaliteit en gelijkwaardigheid ondermijnt.

- **Afkomst/migratieachtergrond & religie:** Zo weigeren sommige patiënten behandeling door zorgverleners met een migratieachtergrond of die een hoofddoek dragen. Daarnaast worden zorgverleners beschuldigd van discriminatie wanneer zij culturele factoren meenemen in hun diagnose, vooral als patiënten het gevoel hebben dat stereotypen of vooroordelen een rol spelen. Tevens worden zorgverleners geconfronteerd met racistische opmerkingen of grappen van zowel cliënten als collega's.
- **Beperking:** Zorgverleners met een beperking ervaren discriminatie voornamelijk vanuit collega's en de organisatie, bijvoorbeeld door uitsluiting van doorgroeimogelijkheden, doordat hun capaciteiten worden onderschat, en het onthouden van promotiekansen.
- **LHBTQIA+:** Zorgverleners ervaren discriminerende opmerkingen van patiënten en collega's, of ongemakkelijke vragen over hun geaardheid.
- **Gewicht:** Zorgverleners met overgewicht ervaren roddels, kwetsende opmerkingen en subtiele vormen van discriminatie zoals een afkeurende blik.

4.2.2 Uitingsvorm van geobserveerde discriminatie

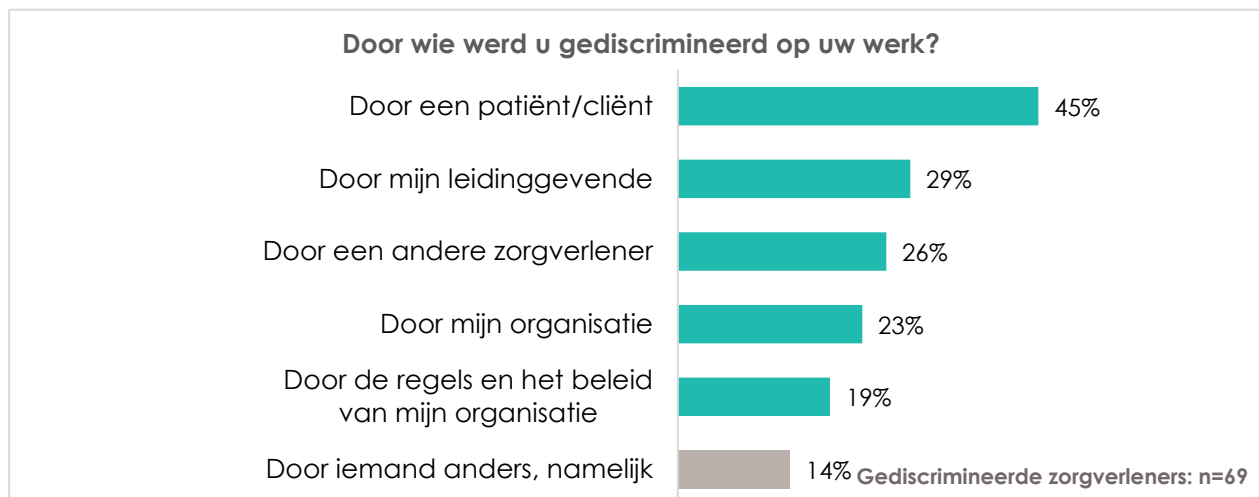
De waargenomen discriminatie gaat in sterke mate over **huidskleur** (48%) en **afkomst** (37%), gevolgd door gronden zoals het **dragen van een hoofddoek** (18%) en **godsdiens** (18%). Daarmee zijn het vooral discriminatievormen met een **etnisch-culturele grondslag** die het meest zichtbaar zijn voor zorgverleners in hun dagelijkse praktijk. Mogelijk worden deze vormen van discriminatie vaak genoemd, omdat deze **kenmerken** vaak zichtbaarder en explicieter onderwerp zijn van discriminerend gedrag, waardoor deze sneller worden opgemerkt in interacties tussen anderen.



4.3 Situatie en context

Meerderheid discriminatie komt voort uit de organisaties zelf

Bijna de helft van de zorgverleners geeft aan te zijn gediscrimineerd door een patiënt/cliënt. Echter, komt discriminatie vanuit de organisatie zelf nog meer voor. Zo geeft 29% aan door de leidinggevende te zijn gediscrimineerd, ongeveer een kwart benoemt een andere zorgverlener, én 23% benoemt expliciet de organisatie of het beleid van de organisatie (19%). Daarmee is de bron van de discriminatie die door zorgverleners wordt ervaren diverser dan door zorggebruikers wordt gerapporteerd.⁸



Wisselende reacties richting degene die discrimineert

Zorgverleners reageren verschillend op discriminatie. Sommigen spreken de discriminerende persoon direct aan en geven duidelijk hun grenzen aan, terwijl anderen dit bewust niet doen. Dit speelt vooral in begeleid wonen, jeugdzorg en gehandicaptenzorg, waar cliënten vaak complexe problematiek hebben. Zorgverleners houden hierbij rekening met de mentale staat van de cliënt en ervaren soms dat corrigeren weinig zin heeft, omdat het gedrag blijft terugkeren.

Veel zorgverleners reageren helemaal niet ('freeze' reactie), vaak omdat ze overrompeld en verbaasd zijn. In sommige gevallen neemt een collega het voor hen op, bijvoorbeeld door in te grijpen of melding te maken bij een leidinggevende. Er is ook terughoudendheid om op discriminatie te reageren uit angst voor professionele gevolgen. Vooral in ziekenhuizen voelen zorgverleners druk om "braaf" te blijven, uit angst voor repercussies zoals het verliezen van hun BIG-registratie. Dit draagt bij aan een cultuur waarin zorgverleners discriminatie soms stilzwijgend accepteren.

Ervaringen worden met collega's besproken

Ervaringen met discriminatie worden regelmatig met collega's besproken, wat zeer belangrijk is voor de zorgverleners. Het zorgt ervoor dat ze zich minder alleen voelen, zeker als ze horen dat anderen er ook mee te maken hebben. Want ondanks dat discriminatie als onterecht en ongewenst gedrag van de ander wordt gezien, gaat men ook aan zichzelf twijfelen. Ook als er geen andere ervaringen zijn, vinden zorgverleners steun bij elkaar en delen ze tips hoe ermee om te gaan.

⁸ Respondenten konden meerdere antwoorden geven in geval men meerdere keren discriminatie had ervaren. Hierdoor tellen de percentages op tot boven de 100%.

4.4 Gevolgen

Discriminatie heeft grote impact

Discriminatie op de werkvloer heeft grote impact op zorgverleners. Hoewel elke vorm van discriminatie belastend is, blijkt de herkomst ervan van invloed op de ervaren impact.

Discriminatie door collega's of leidinggevendenden komt harder aan, omdat men juist van hen verwacht dat zij beter weten en een veilige werkomgeving ondersteunen. Wanneer discriminatie afkomstig is van patiënten of cliënten is dat ook impactvol, maar wordt dat nog enigszins begrepen als 'onderdeel van het werk'.

Discriminatie leidt tot verdriet, onzekerheid, angst, neerslachtigheid en stress, en kan het plezier in het werk verminderen of zelfs leiden tot een burn-out of baanwisseling. Sommige zorgverleners ontwikkelden coping mechanismen, zoals het bouwen van een emotioneel schild, terwijl anderen er langdurig door geraakt blijven.

De grond en uitingvorm van de discriminatie zegt overigens niets over de impact die het heeft op de zorgverlener, hier lijkt geen directe relatie. Zo kunnen ook de subtiele vormen grote impact hebben, juist omdat deze zich veelal niet tot één incident beperken, maar regelmatig voorkomen. De subtielere vormen worden ook minder snel erkend, waardoor het lastiger is om het te bespreken, te melden of maatregelen voor te nemen.

Bespreken in de organisatie maakt het dragelijk

Hoe een organisatie omgaat met discriminatie bepaalt mede de impact. Sommige leidinggevendenden bieden steun en bespreken incidenten met betrokkenen, wat helpt bij de verwerking. In andere gevallen krijgen zorgverleners te horen dat het "erbij hoort" of dat er niets aan gedaan kan worden, wat het gevoel van eenzaamheid en machteloosheid vergroot.

Verandering in werkhouding

Discriminatie beïnvloedt niet alleen het welzijn van zorgverleners, maar ook hun werkwijze. Veel zorgverleners worden voorzichtiger en terughoudender. Ze staan minder onbevangen in hun werk, zijn alerter bij interacties en sommige vermijden zelfs bepaalde patiënten of zorghandelingen. Dit leidt soms tot handelingsverlegenheid, waarbij zorgverleners twijfelen aan hun eigen capaciteiten en taken uit de weg gaan.

Sommigen passen hun werkstijl aan om discriminatie te vermijden. Voorbeelden die worden genoemd, zijn dat ze minder vragen stellen aan collega's in het bijzijn van patiënten om geen twijfels over hun kennis te wekken, of ze nemen een collega mee naar risicovolle situaties. Anderen houden interacties zo kort en zakelijk mogelijk om confrontaties te vermijden. De voorbeelden die worden genoemd ten aanzien van de veranderende werkhouding laten zien dat – ondanks dat zorgverleners de zorg voor patiënten/cliënten voorop stellen – het gevolgen kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Wanneer zorgverleners handelen vanuit terughoudendheid of confrontaties proberen te vermijden, bestaat het risico dat belangrijke communicatie met patiënten achterwege blijft of dat bepaalde handelingen niet (tijdig) worden uitgevoerd. Daarnaast brengt het inschakelen van collega's om 'risicovolle' situaties samen aan te gaan, een onnodig tijdsbeslag met zich mee.

4.5 Maatregelen

4 op de 10 doen geen melding van ervaren discriminatie

41% van de gediscrimineerde zorgverleners, geven aan geen melding te hebben gemaakt van de ervaren discriminatie. Van de zorgverleners die wel melding hebben gemaakt, geven 2 op de 3 aan dit bij de leidinggevende te hebben gedaan. 1 op de 3 heeft melding gemaakt bij de vertrouwenspersoon en nog eens 1 op de 3 deed dit bij een andere persoon binnen de organisatie.⁹

Onbekendheid over bestaande maatregelen

Hoewel een groot deel van de zorgverleners aangeeft dat er maatregelen zijn om discriminatie te voorkomen in de organisatie (77%), zijn veel zorgverleners niet goed op de hoogte van wat de maatregelen precies behelzen. Ze refereren dan veelal naar protocollen en regels voor pestgedrag, agressie en ongewenste omgangsvormen, die mogelijk ook tegen discriminatie kunnen worden ingezet. Over het algemeen wordt discriminatie binnen organisaties weinig besproken. Sommige zorgverleners denken dat dit komt doordat het een gevoelig en confronterend onderwerp is.

Zorgprofessionals signaleren grenzen aan wat de zorg alleen kan oplossen

Over het treffen van maatregelen binnen de zorg om discriminatie te voorkomen bestaan zeker ideeën, maar zorgverleners plaatsen ook kanttekeningen bij de effectiviteit hiervan. In hun optiek is discriminatie een breder maatschappelijk probleem, geworteld in bredere patronen van racisme en uitsluiting, die zich ook binnen zorgorganisaties manifesteren. Maatregelen binnen de zorg kunnen alleen effectief zijn als deze worden ondersteund door een duidelijke maatschappelijke en politieke norm tegen discriminatie.

Ondanks de kanttekening worden er verschillende maatregelen voorgesteld:

- **Bespreekbaarheid vergroten:** Discriminatie moet een vast onderwerp worden in team- en werkoverleggen om de drempel te verlagen om het te melden en schaamte te verminderen.
- **Betere ondersteuning vanuit leidinggevenden:** Leidinggevenden moeten beter luisteren, begrip tonen en opvolging geven aan meldingen van discriminatie en vanzelfsprekend zelf niet discrimineren.
- **Consequenties instellen:** Duidelijke sancties voor discriminerend gedrag, zoals waarschuwingen, berispingen of doorverwijzing naar een andere zorginstelling bij herhaalde overtredingen.
- **Trainingen en bewustwording:** Discriminatie moet worden opgenomen in bestaande trainingen over grensoverschrijdend gedrag.
- **Inclusievere werkvloer:** Bevordering van diversiteit in het personeelsbestand bij zorginstellingen.

⁹ Respondenten konden meerdere antwoorden geven; daardoor tellen de percentages op tot boven de 100%.

5. Samenvatting Sporters

In dit hoofdstuk volgt een samenvatting van de belangrijkste resultaten van het onderzoek onder sporters. Onder sporters is uitsluitend één onderzoek uitgevoerd, namelijk een kwantitatief onderzoek onder $n=1.901$ sporters. Hierdoor zijn de verkregen inzichten beperkter in vergelijking met het onderzoek onder zorggebruikers en zorgprofessionals, waar zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn toegepast.

5.1 Prevalentie discriminatie

Prevalentiepercentage 4%, oftewel ca. 300.000 sporters

Vier procent van de sporters geeft aan gediscrimineerd te zijn tijdens of rondom het sporten in de afgelopen 12 maanden. Uitgaande van 58% van de burgers die wekelijks wel eens sport betekent dit dat de afgelopen 12 maanden ca. 300.000 sporters te maken hebben gekregen met discriminatie.¹⁰ Opvallend is dat een deel (ca. 1% van de 4%) pas na doorvragen aangeeft met discriminatie te maken gehad te hebben. Nog eens vier procent geeft aan discriminatie te hebben geobserveerd tijdens of rondom het sporten

Marokkaanse Nederlanders en moslims vaker gediscrimineerd in de sport

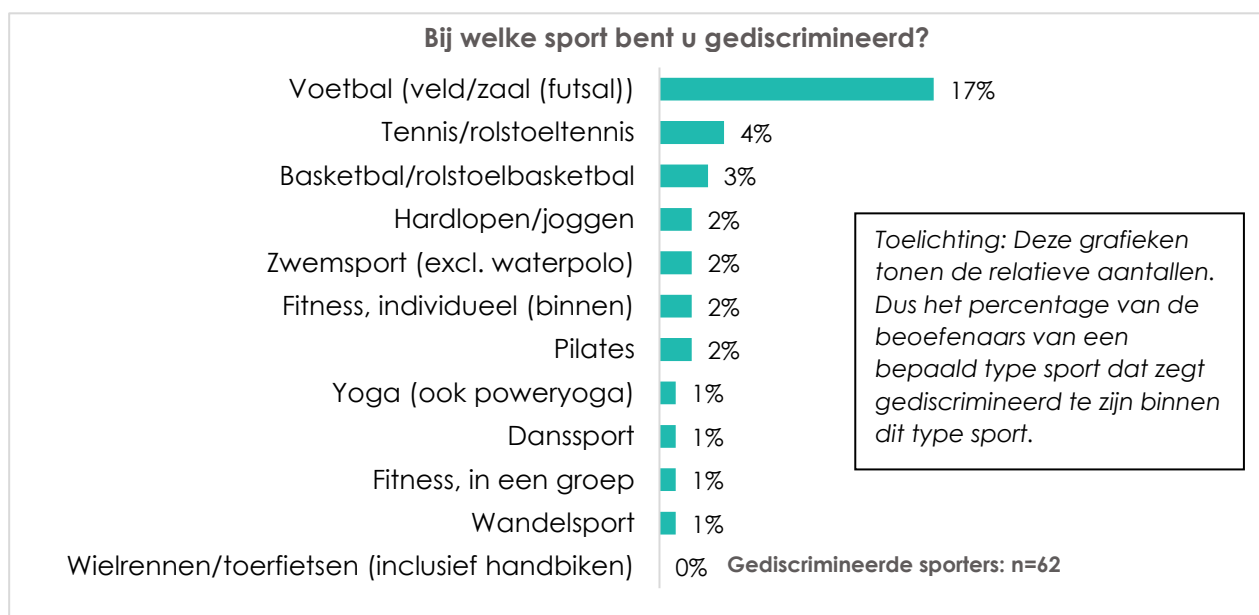
1 op 4 Marokkaanse Nederlanders geeft aan gediscrimineerd te zijn in de sport. Ook moslims zijn relatief vaak gediscrimineerd (12%). Onder de overige minderheidsgroepen ligt het aantal dat discriminatie heeft ervaren nagenoeg gelijk aan het gemiddelde van sporters.¹¹

Discriminatie komt vaker voor binnen teamsporten

Onder voetballers geeft 1 op 6 aan discriminatie te hebben ervaren tijdens of rondom het voetbal in de afgelopen 12 maanden, en is daarmee de sport waar discriminatie zich relatief het meest voordoet. In algemene zin geven beoefenaars van teamsporten twee keer zo vaak aan discriminatie te hebben ervaren dan beoefenaars van individuele sporten. Geobserveerde discriminatie is binnen teamsporten zelfs vier keer zo hoog als bij individuele sporten.

¹⁰ Bij de doorrekening naar absolute aantallen is rekening gehouden met een statistische onnauwkeurigheidsmarge. Voor de sporters ($n=1.901$) bedraagt deze $\pm 2,25\%$ bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Uitgaande van ca. 7,5 miljoen personen die sporten (afgeleid van de gezondheidsmonitor van CBS en RIVM), en rekening houdend met de marge van $\pm 2,25\%$ betekent dit dat het werkelijke aantal naar verwachting tussen circa 307.000 en 293.000 sporters ligt.

¹¹ Mogelijk is er onder minderheidsgroepen binnen de sport sprake van een zelfselectie effect (minderheidsgroepen mijden sport en hebben daardoor minder te maken met discriminatie) waardoor de verschillen tussen minderheidsgroepen en het gemiddelde minder groot zijn dan in de zorg. Zo sporten bijvoorbeeld personen met (ernstig) overgewicht minder vaak dan gemiddeld (48% ten opzichte van 58% gemiddeld).



5.2 Uitingsvorm van discriminatie

Afkomst en huidskleur meest genoemde grond voor discriminatie

Zowel geobserveerde als ervaren discriminatie in de sport is veelal op basis van afkomst en huidskleur. Een meerderheid van de gediscrimineerde sporters wijst een andere sporter aan als dader. Ook bij geobserveerde discriminatie wordt door een meerderheid naar andere sporters gewezen. Een andere veelgenoemde bron is het publiek (27% bij ervaren discriminatie, 33% bij geobserveerde discriminatie).



De sporters ervaren uitsluiting, verbale en non-verbale discriminatie. Dit varieert van scheldwoorden, beledigende opmerkingen, zoals sporters die vanwege hun huidskleur "neger" worden genoemd, beledigingen en scheldpartijen over iemands geaardheid, tot intimidatie en fysiek geweld.

Ook worden voorbeelden genoemd waarbij men wordt uitgesloten van sporten, zoals de afwijzing door een club zonder duidelijke reden, terwijl anderen wel worden toegelaten. Trainers die bepaalde groepen, zoals vrouwen of mensen met een migratieachtergrond, ontmoedigen of uitsluiten en/of minder speeltijd en kansen geven.

5.3 Gevolgen

Discriminatie is impactvol

De gevolgen van discriminatie in de sport zijn ingrijpend en beïnvloeden sporters op verschillende manieren:

- **Sportverzuim:** Veel sporters ervaren negatieve emoties zoals verdriet en boosheid, waardoor ze minder vaak gaan sporten. Sommigen slaan trainingen over, stoppen zelfs helemaal met hun sport.
- **Verminderd sportplezier:** Discriminatie zorgt ervoor dat sporters minder plezier beleven aan hun sport. Ze voelen zich minder comfortabel, ervaren frustratie en hebben bij bepaalde tegenstanders minder zin om te spelen of te trainen.
- **Angst en onveiligheid:** Sommige sporters voelen zich onveilig of angstig door discriminatie. Hoewel niet iedereen direct bang wordt, zijn velen alerter en op hun hoede.

Weinig gesproken over discriminatie en ook geen melding van gemaakt

Het overgrote deel heeft geen melding gemaakt van de discriminatie, slechts 1 op de 7 gediscrimineerde sporters deed dit. Men doet vooral geen melding, omdat men verwacht dat het geen enkele nut heeft. Ruim de helft van de gediscrimineerde sporters heeft zelfs met niemand gesproken over de discriminatie. Wanneer gediscrimineerde sporters melding maken, is dit veelal bij de organisatie waar zij sporten.

6. Samenvatting Sportprofessionals

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van het onderzoek onder sportprofessionals. Voor dit onderzoek is uitsluitend een kwantitatieve methode toegepast met een steekproef van $n=410$. Gezien het prevalentiepercentage van 3% is deze steekproef te klein om betrouwbare uitspraken te doen over de specifieke uitingsvormen en gevolgen van discriminatie binnen deze groep. Hierdoor zijn de verkregen inzichten minder uitgebreid in vergelijking met het onderzoek onder zorggebruikers en zorgprofessionals.

Daar waar in dit hoofdstuk wordt gesproken over sportprofessionals betreft dit tevens vrijwilligers die actief zijn binnen de sportsector.

6.1 Prevalentie discriminatie

Prevalentiepercentage 3%

Drie procent van de sportprofessionals geeft aan in de afgelopen 12 maanden te zijn gediscrimineerd tijdens het (vrijwilligers)werk binnen de sport. Doorberekening van dit prevalentiecijfer naar de populatie maakt dat ca. 40.000 professionals jaarlijks met discriminatie te maken krijgen.¹² Zes procent geeft aan te hebben gezien dat iemand anders werd gediscrimineerd. De discriminatie lijkt het meest gepleegd te worden door toeschouwers en door sporters.

6.2 Maatregelen

1 op 3 denkt dat discriminatie in de sport moeilijk te voorkomen is. Sportprofessionals stellen verschillende maatregelen voor om discriminatie in de sport tegen te gaan. Het betreft de volgende maatregelen:

- **Voorlichting:** Meer bewustwording creëren door trainers te laten benadrukken wat acceptabel gedrag is en wat niet. Dit kan via actieve voorlichting op het veld, gesprekken en educatie over de impact van discriminatie.
- **Sanctioneren:** Strenger optreden tegen discriminerend gedrag. Voorgestelde maatregelen zijn onder andere automatische schorsingen (minimaal een maand), directe uitsluiting bij bewezen discriminatie en duidelijke sancties zoals het stilleggen van wedstrijden als grenzen worden overschreden.
- **Bespreekbaar maken:** incidenten moeten worden besproken, zowel met de dader als de sportclub.

¹² Bij de doorrekening naar absolute aantallen is rekening gehouden met een statistische onnauwkeurigheidsmarge. Bij een steekproef van $n=410$ bedraagt deze $\pm 4,9\%$ bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Uitgaande van ca. 170.000 personen werkzaam in de sport en 1.170.000 vrijwilligers (afgeleid van cijfers van CBS en Mulier Instituut), en rekening houdend met de marge van $\pm 4,9\%$ betekent dit dat het werkelijke aantal naar verwachting tussen circa 43.000 en 37.000 ligt.

7. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt op concluderende wijze een antwoord gegeven op de vijf hoofdvragen van het onderzoek. Tevens worden er aanbevelingen geformuleerd die gericht zijn op het terugdringen van de prevalentie van discriminatie.

7.1 Conclusies

7.1.1 Prevalentiecijfers

Hoe vaak komt discriminatie in de zorg, welzijn en sport voor?

Discriminatie komt voor in zowel de zorg als de sport. **5% van de zorggebruikers (ca. 670.000 zorggebruikers per jaar)** rapporteert discriminatie te hebben ervaren in de afgelopen 12 maanden binnen de zorg, vaak op basis van etnische herkomst, religie (islam) of seksuele oriëntatie. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger onder bepaalde kwetsbare groepen, zoals Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond, LHBTQIA+-personen en mensen met overgewicht. Zij krijgen 2 tot 4 keer zo vaak te maken met discriminatie.

5% van de zorgverleners (ca. 75.000 zorgverleners) heeft in de afgelopen 12 maanden discriminatie ervaren, met name van patiënten. Ook is **10% getuige geweest van discriminatie op de werkvloer**. Discriminatie komt vaker voor in sectoren waar zorgverleners intensief met patiënten werken, zoals de intramurale zorg.

Ongeveer **4% van de sporters (ca. 300.000 sporters)** en **3% van de sportprofessionals (ca. 40.000 sportprofessionals en vrijwilligers)** heeft het afgelopen jaar discriminatie ervaren. Dit varieert per sport, waarbij teamsporten (zoals voetbal) een hoger risico lijken te hebben dan individuele sporten. Vooral sporters met een migratieachtergrond, vrouwen en LHBTQIA+-personen geven aan gediscrimineerd te zijn.

Bij de duiding van deze prevalentiecijfers dient in ogenschouw genomen te worden dat het prevalentie betreft in de afgelopen 12 maanden. Het percentage dat ooit wel eens te maken heeft gehad met discriminatie in de zorg of sport zal naar alle waarschijnlijkheid beduidend hoger liggen.

7.1.2 Context en situatie

In welke domeinen worden mensen geconfronteerd met discriminatie? En wie worden er gediscrimineerd?

Zorggebruikers: Discriminatie komt voor in alle zorgdomeinen, maar is het meest prevalent in de intramurale zorg. Zorggebruikers met een migratieachtergrond, LHBTQIA+ personen, mensen met overgewicht en religieuze minderheden (met name moslims) worden het vaakst gediscrimineerd.

Zorgverleners: Zorgverleners worden vooral in ziekenhuizen, huisartsenzorg en begeleid wonen geconfronteerd met discriminatie, voornamelijk door patiënten. Echter, komt discriminatie door de leidinggevende ook veel voor (29%) en ongeveer een kwart is door een andere zorgverlener gediscrimineerd. Daarmee is de bron van de discriminatie die door zorgverleners wordt ervaren diverser dan bij zorggebruikers. Minderheidsgroepen binnen de zorg, zoals zorgverleners met een

migratieachtergrond, LHBTQIA+-personen en zorgverleners met een beperking, worden vaker gediscrimineerd.

Sporters: Discriminatie komt het meest voor in teamsporten, vooral in het voetbal. Marokkaanse Nederlanders en moslims worden het vaakst gediscrimineerd. Sporters met een migratieachtergrond, vrouwen en LHBTQIA+-personen krijgen eveneens vaker te maken met discriminatie.

Sportprofessionals: Discriminatie binnen de sport treft vooral trainers, scheidsrechters en andere sportvrijwilligers, waarbij de discriminatie vooral afkomstig is van toeschouwers en sporters.

7.1.3 Uitingvorm

Op welke wijze komt de discriminatie tot uiting, de grond waarop en de omvang?

Voor alle onderzochte doelgroepen geldt dat discriminatie zich in uiteenlopende vormen manifesteert, variërend van subtiele tot zeer expliciete uitingen.

Zorggebruikers: Discriminatie komt vooral tot uiting in negatieve opmerkingen, het niet serieus nemen van klachten en ongelijk behandelen. De meest voorkomende gronden zijn afkomst, huidskleur, religie, gewicht en seksuele gerichtheid.

Zorgverleners: Discriminatie gebeurt via directe beledigingen, subtiele uitsluiting en stigmatisering. Patiënten weigeren soms zorg op basis van geslacht, religie of afkomst van de zorgverlener. Daarnaast ervaren zorgverleners discriminatie van collega's en leidinggevendenden, vaak in de vorm van ongelijkwaardige behandeling en seksistische of racistische opmerkingen.

Sporters: Sporters worden vaak verbaal uitgescholden, genegeerd of fysiek geïntimideerd door toeschouwers en tegenstanders (vanwege specifieke persoonskenmerken). Ook komt discriminatie voor in de vorm van ongelijke behandeling door trainers. Afkomst en huidskleur zijn de meest voorkomende discriminatiegronden.

Sportprofessionals: Discriminatie richt zich op etniciteit, geslacht en seksuele oriëntatie, waarbij scheldwoorden en uitsluiting de meest voorkomende vormen zijn.

7.1.4 Gevolgen

Welke gevolgen heeft discriminatie voor de betrokken personen en betrokken organisaties?

Voor alle onderzochte doelgroepen kan gesteld worden dat de impact van de ervaren discriminatie groot is. De uitingvorm van de discriminatie lijkt daarbij geen rol te spelen op de impact.

Zorggebruikers: Op mentaal vlak leidt de discriminatie tot gevoelens van verdriet, boosheid, eenzaamheid en angst, wat bijdraagt aan een verslechterd welzijn. Daarnaast heeft het ook een fysieke impact, omdat sommige zorggebruikers zorg gaan mijden of behandelingen uitstellen, waardoor hun gezondheid verslechtert.

Zorgverleners: Voor zorgverleners heeft discriminatie vaak een negatieve invloed op hun mentale gezondheid en leidt het tot onzekerheid over hun eigen vaardigheden en gevoelens van machteloosheid. Dit tast niet alleen hun werkplezier aan, maar kan er ook toe leiden dat zij uitvallen. Ook belemmert het hen in hun doorgroeimogelijkheden.

Sporters: Binnen de sport leidt discriminatie tot een breed scala aan negatieve gevolgen. Veel sporters ervaren een daling in motivatie en plezier in hun sport. In sommige gevallen wordt zelfs

besloten om te stoppen met hun sport. Naast de verminderde motivatie zorgt discriminatie ook voor een gevoel van onveiligheid, waardoor sporters tijdens trainingen en wedstrijden op hun hoede zijn.

Sportprofessionals: Zij merken dat het hen minder motiveert om actief te blijven in de sportsector, vooral wanneer ze zich onvoldoende gesteund voelen door sportclubs of sportbonden. Dit gebrek aan steun kan leiden tot een afname in betrokkenheid bij sportactiviteiten

7.1.5 Maatregelen

Welke maatregelen worden door betrokkenen benoemd om discriminatie tegen te gaan? Wat werkt wel en niet volgens hen?

Ondanks dat er diverse maatregelen worden voorgesteld en in sommige gevallen ook al geïmplementeerd zijn, worden er ook kanttekeningen geplaatst bij de effectiviteit hiervan. Discriminatie wordt gezien als een breder maatschappelijk probleem, geworteld in bredere patronen van racisme en uitsluiting, die zich dan ook binnen de zorg en sport manifesteren. Maatregelen kunnen alleen effectief zijn als deze worden ondersteund door een duidelijke maatschappelijke en politieke norm tegen discriminatie.

Verder wordt de kanttekening geplaatst dat maatregelen zonder handhaving weinig effectief zullen zijn. In dat kader wordt ook benoemd dat het vaak lastig aan te tonen/bewijzen is dat er sprake is van discriminatie, wat het aanpakken ervan lastig maakt.

Veel genoemde mogelijk effectieve maatregelen zijn, het verhogen van bewustwording omtrent discriminatie, meer diversiteit in personeel en strengere handhaving. Verder blijkt steun vanuit leidinggevendens cruciaal te zijn. In de zorgsector voelen zorgverleners zich gesterkt wanneer hun leidinggevendens actief luisteren en discriminatie serieus nemen. In de sportsector helpt het als trainers en scheidsrechters opgeleid worden om discriminatie aan te pakken en grenzen duidelijk aan te geven.

7.2 Aanbevelingen

Het onderzoek toont aan dat discriminatie op diverse niveaus en in verschillende vormen voorkomt. De impact van de discriminatie op sportparticipatie, gezondheid en werkplezier is groot en vereist snel actie. De omvang en wijdverspreidheid van discriminatie binnen de zorg-, welzijns- en sportsector duiden op structurele problematiek. Het betreft niet louter incidenten die voortkomen uit individuele vooroordelen, maar het wijst op diepgewortelde patronen binnen de maatschappij, organisatorische structuren en cultuur.

Om deze problematiek effectief aan te pakken, is een **gestructureerde en daadkrachtige benadering noodzakelijk**, die vanuit de politiek, overheid en samenleving wordt ondersteund. Hieronder worden de aanbevelingen voortkomend uit de verkregen inzichten beschreven. Het betreft in alle gevallen een richting voor een structurele aanpak, die in een volgende fase van beleidsvorming verder uitgewerkt dienen te worden in concreet beleid, communicatieplannen en implementatiestrategieën om effectieve en duurzame oplossingen te realiseren.

1. Herkenning en normstelling: maak discriminatie zichtbaar en bespreekbaar

Het onderzoek laat zien dat discriminatie niet altijd wordt herkend, benoemd of besproken — zeker bij subtiele vormen van microagressie. Verder geven slachtoffers aan zich vaak alleen te voelen staan in die situaties, en dat collega's, leidinggevendens of teamgenoten niet altijd optreden. Uit deze bevindingen vloeien de volgende aanbevelingen voort:

- **Vergroot de bespreekbaarheid** van discriminatie in zorg- en sportteams, op de werkvloer en binnen verenigingen om normalisering te voorkomen en de meldingsdrempel te verlagen.
- **Stel duidelijke gedragsnormen** en communiceer actief dat discriminatie — ook in subtiele vormen — onacceptabel is, ongeacht wie het uit en maak duidelijk wat de consequenties zijn van dit onacceptabele gedrag.
- **Maak duidelijk dat getuigen ook een verantwoordelijkheid hebben.** Nu houden omstanders – met uitzondering van collega's - zich vaak afzijdig, wat de impact op het slachtoffer vergoot en het ongewenste gedrag in stand kan houden. Stel de norm dat ook van getuigen wordt verwacht dat zij optreden/zich uitspreken.

2. Zorg voor toegankelijke meldsystemen, en zichtbare opvolging

De meldingsbereidheid is laag. Zowel zorggebruikers als professionals benoemen meerdere redenen, waarom men dit niet doet. Zo doen ze vaak geen melding vanwege een gebrek aan vertrouwen in opvolging, twijfels over het nut van melden, omdat het herhaling niet zal voorkomen, en/of simpelweg omdat onduidelijkheid bestaat over waar en hoe te melden. In de sport is het voor velen überhaupt onduidelijk of verenigingen meldsystemen hebben. In aanvulling op de eerste aanbeveling dat normen gesteld dienen te worden, en de bespreekbaarheid moet worden vergroot, dient ook het meldingsproces verbeterd te worden, zodat opvolging kan plaatsvinden. Uit deze bevindingen vloeien de volgende aanbevelingen voort:

- **Versterk meldstructuren** en zorg voor laagdrempelige, toegankelijke procedures. Maak helder wat er met meldingen gebeurt en hoe betrokkenen worden beschermd.
- **Waarborg opvolging en zichtbare actie** bij incidenten om het vertrouwen van slachtoffers te herstellen en herhaling te voorkomen.
- **Bied ondersteuning** aan mensen die discriminatie ervaren, inclusief (psychologische) nazorg waar nodig.
- **De verantwoordelijkheid om te melden moet niet uitsluitend bij de slachtoffers liggen.** Het is te simplistisch om te stellen dat 'men maar moet melden', terwijl het onderzoek laat zien dat slachtoffers juist vaak drempels ervaren om dat te doen. Organisaties, instellingen en verenigingen zouden daarom eveneens een actieve signalerings- meldings- en opvolgingsplicht moeten hebben.

3. Werk aan scholing en vaardigheden om handelingsvermogen tegen discriminatie te vergroten

Het onderzoek laat zien dat de subtiele vormen van discriminatie (micro agressie) moeilijker zijn te herkennen en/of benoemen. Dit geldt zowel voor slachtoffers als omstanders. Ook weten slachtoffers vaak niet wat te doen op het moment dat de discriminatie zich voordoet (een 'freeze' reactie ontstaat). Daarnaast laat het onderzoek zien dat mensen die tot meerdere minderheidsgroepen behoren (bijvoorbeeld migratieachtergrond én beperking) beduidend vaker discriminatie ervaren. Dit onderstreept de noodzaak om meer te werken aan scholing om discriminatie te herkennen en aan vaardigheden om te handelen. Het is te makkelijk gedacht dat het herkennen van microagressie het probleem oplost, omdat dit begint bij de veroorzaker hiervan, maar het kan wel een middel zijn om dit direct aan de kaak te stellen wanneer het zich voordoet. Uit deze bevindingen vloeien de volgende aanbevelingen voort:

- **Werk aan handelingsvaardigheid:** leer professionals, maar ook burgers hoe ze discriminatie kunnen herkennen, bespreken en aanpakken (bij zichzelf én bij anderen). Schenk hierbij expliciet aandacht aan micro agressies en intersectionaliteit waarbij mensen die tot meerdere kwetsbare groepen behoren meer risico lopen op discriminatie.

- **Train leidinggevenden** om signalen tijdig te herkennen en om op een adequate en consequente manier op te treden.

4. Bevorder inclusie en diversiteit binnen organisaties en instellingen

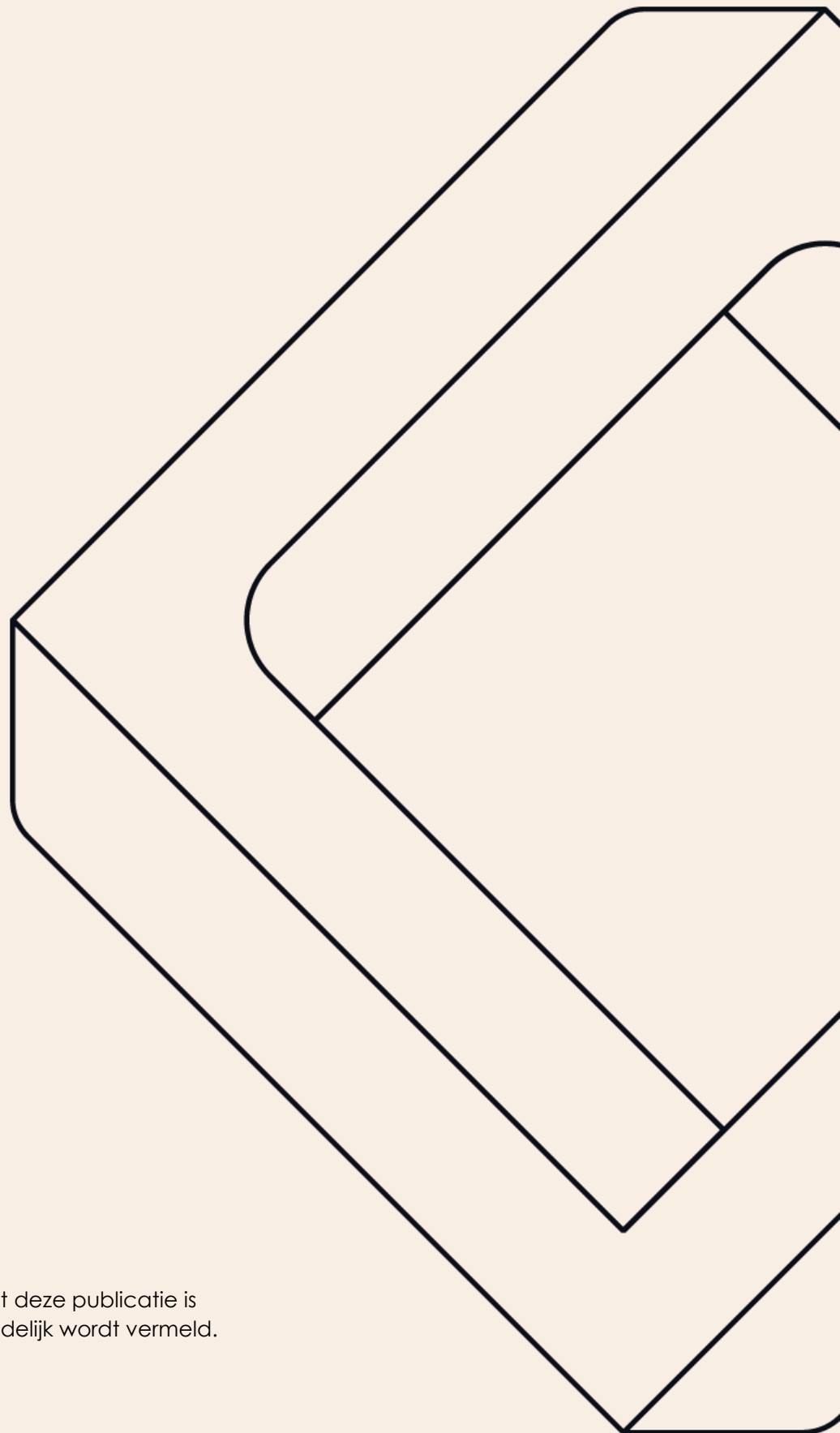
Teams en leidinggevenden weerspiegelen vaak niet de diversiteit van de mensen voor wie ze werken, wat bijdraagt aan blinde vlekken t.a.v. discriminatie. Uit deze bevindingen vloeit de volgende aanbeveling voort:

- **Bevorder diversiteit binnen teams en leidinggevenden**, inclusief aandacht voor doorstroom, representatie en een inclusieve werkcultuur, zodat inclusie zichtbaar en voelbaar wordt in de dagelijkse praktijk. Dit werkt enerzijds drempelverhogend voor de prevalentie van discriminatie en anderzijds zorgt het ervoor dat discriminatie eerder wordt herkend.

5. Richt beleid op sectoren met verhoogde prevalentie en bescherming van kwetsbare groepen

Discriminatie is niet gelijk verdeeld over het zorg- en sportlandschap. Intramurale zorg en geboortezorg laten in dit onderzoek de hoogste prevalenties zien. Tegelijkertijd komt discriminatie absoluut het meest voor in de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg (omdat veel meer mensen hier gebruik van maken). Daarnaast lopen bepaalde groepen structureel meer risico om met discriminatie te maken te krijgen — onder meer mensen met een migratieachtergrond, ernstig overgewicht, LHBTQIA+ personen en moslims. Los van maatregelen die discriminatie tegen gaan, is het verstandig om ook actief in te zetten op beleid ter bescherming van wie het meest geraakt worden. Uit deze bevindingen vloeien de volgende aanbevelingen voort:

- **Geef prioriteit aan sectoren waar discriminatie zich het vaakst voordoet (absoluut en relatief)**, met gerichte maatregelen, monitoring en ondersteuning op organisatieniveau. Het betreft in de zorg de intramurale zorg, geboortezorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg en in de sport het voetbal.
- **Zet actief in op bescherming van groepen** die aanzienlijk grotere kans hebben op discriminatie en houdt daarbij ook rekening met groepen waarbij sprake is van intersectionaliteit.



Copyright: Het overnemen uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.