

Veel goede wil, weinig beleid

Onderzoek naar antidiscriminatiebeleid bij
huisartsenpraktijken – eindrapportage

maart 2026



Onderzoek naar antidiscriminatiebeleid bij huisartsenpraktijken

Colofon

Onderzoek uitgevoerd door: Lonneke Bruin, Alfons Fermin, Carmen Paalman en Sylvana Robbers van het Onderzoekerscollectief.

Uitgave: maart 2026.

In opdracht van: College voor de Rechten van de Mens.

Met dank aan: Hanneke Felten (Movisie), Judith Venderbos (Pharos), Karima Bazi (Pharos), Mehmet Aközbek (Ministerie VWS), Masood Hamidi (Ministerie VWS) en Jenny Heering (LHV) die deelnamen aan de klankbordgroep voor dit onderzoek.

Samenvatting

Dit onderzoek verkent in hoeverre huisartsenpraktijken beschikken over beleid tegen discriminatie, zowel richting medewerkers als patiënten. Centrale vragen zijn: hoe verhoudt het huidige antidiscriminatiebeleid van huisartsenpraktijken zich tot mensenrechtelijke verplichtingen voor zorgaanbieders en welke mogelijkheden bestaan er om dit beleid te versterken?

Op basis van nationale gelijkebehandelingswetgeving en relevante mensenrechtenverdragen heeft het College voor de Rechten van de Mens uitgewerkt aan welke minimale voorwaarden antidiscriminatiebeleid van zorgaanbieders moet voldoen. Antidiscriminatiebeleid zou de volgende onderdelen moeten bevatten: het uitdragen van een expliciete non-discriminatie-norm, zorgvuldige behandeling van klachten, gelijke toegang tot zorg voor alle patiënten met bijzondere aandacht voor groepen in kwetsbare positie, toegankelijkheid voor mensen met een beperking en een discriminatievrije werkomgeving voor medewerkers.

We combineerden voor dit onderzoek kwalitatieve en kwantitatieve methoden: een literatuurscan, diepte-interviews met 17 huisartsen uit verschillende praktijktypes en regio's, een online-focusgroep om de resultaten te valideren en een enquête via de jaarlijkse NIVEL-huisartsenquête waaraan 958 praktijken deelnamen.

Kernbevindingen

In dit onderzoek is in de interviews en de enquête navraag gedaan naar manieren waarop huisartspraktijken discriminatie signaleren, adresseren en voorkómen.

Signaleren houdt in dat mogelijke incidenten of patronen van ongelijke behandeling of discriminatie tijdig en zorgvuldig worden opgemerkt. Huisartsen verwijzen in de interviews veelal naar de wettelijk verplichte klachtenprocedure (zoals voorgeschreven in de Wkkgz) om discriminatie in hun praktijk te signaleren. Uit de enquête blijkt dat 65% van de ondervraagde praktijken een meldpunt heeft voor klachten (waaronder discriminatie). De huisartsen in de interviews konden weinig tot geen voorbeelden van klachten over discriminatie noemen. Geïnterviewde huisartsen en literatuur wijzen op drempels voor patiënten om klachten te melden, waaronder taalproblemen, een afhankelijkheidsrelatie en twijfel aan de impact van een melding. De klachtenprocedures die op de websites van de geïnterviewde huisartspraktijken staan, benoemen discriminatie zelden expliciet. Hierdoor ontbreekt de zichtbaarheid en herkenbaarheid van discriminatie als mogelijke klachtgrond.

Meldmogelijkheden voor medewerkers zijn beperkt: hoewel ongeveer de helft (46%) een vertrouwenspersoon heeft, komt in de interviews naar voren dat deze vaak intern zijn. Dit kan een extra drempel vormen. Signaleren gaat over meer dan het hebben van een meldpunt voor klachten.

Uit de interviews blijkt dat een deel van de huisartsen soms zelf discriminerend gedrag bij patiënten of collega's signaleert. Structurele opvolging blijft hierbij beperkt.

Adresseren gaat over het nemen van passende acties als er signalen zijn van discriminatie van een patiënt of medewerker. In de enquête geeft 81% van de praktijken aan een duidelijke klachtenprocedure te hebben voor klachtenafhandeling. Vanuit de interviews komt naar voren dat de afhandeling van discriminatieklachten in eerste instantie gebeurt via een gesprek in de praktijk. Hoe dit vorm krijgt, is persoonsafhankelijk. Als de patiënt ontevreden is over de klachtenafhandeling kan contact gezocht worden met een onafhankelijke klachtenfunctionaris en een geschillencommissie. Hiermee hebben patiënten de mogelijkheid om zich te verweren of in beroep te gaan en wordt rechtsbescherming geboden. Hoewel artsen (gemelde of gesignaleerde) discriminatie-ervaringen soms bespreken in teamvergaderingen, zijn in de interviews geen voorbeelden van systematisch leren naar voren gekomen. Ook blijkt het aanspreken van collega's op discriminerend gedrag moeilijk, mede door hiërarchische en collegiale verhoudingen en handelingsverlegenheid.

Specifieke maatregelen om discriminatie te **voorkomen** worden beperkt ingezet. Uit de enquête blijkt dat van de deelnemende praktijken 24% diversiteit actief meeneemt bij de werving van personeel. Daarnaast gebruikt 22% standaard de tolkentelefoon bij taalbarrières en heeft 20% een gedragscode met aandacht voor gelijke behandeling. Slechts 3% van de praktijken geeft aan in de afgelopen twee jaar een teamtraining over discriminatie te hebben gehad.

Redenen voor ontbreken antidiscriminatiebeleid

Hoewel 66% van de huisartsenpraktijken antidiscriminatiebeleid (zeer) belangrijk vindt, heeft slechts 5% dit vastgelegd in beleid. Nog eens 37% heeft wel afspraken, maar niet op papier en 7% zegt er mee bezig te zijn. De belangrijkste reden voor het ontbreken van antidiscriminatiebeleid, is dat praktijken aangeven dat discriminatie niet speelt in hun praktijk of dat ze er nooit aan gedacht hebben. Voor veel praktijken is het vanzelfsprekend om niet te discrimineren en zij zien dan ook geen reden om er actief mee bezig te zijn. Hierbij kan ook een rol spelen dat discriminatie niet wordt herkend of benoemd, door onvoldoende kennis van indirecte, subtiele of verborgen vormen van discriminatie. Daarnaast kan de overwegend homogene samenstelling van de beroepsgroep bijdragen aan blinde vlekken, waardoor ongelijkheid minder snel wordt opgemerkt of benoemd.

Behoefte aan ondersteuning

Opvallend is dat een meerderheid van alle praktijken (64%) in de enquête aangeeft geen ondersteuning nodig te hebben bij het ontwikkelen van antidiscriminatiebeleid. Dit hangt vermoedelijk samen met het beeld dat

discriminatie in de eigen praktijk niet of nauwelijks speelt, gecombineerd met hoge werkdruk en protocolmoeheid. Praktijken die al met het thema bezig zijn, geven juist vaker aan wél ondersteuning te willen.

Conclusie

Uit de interviews komt naar voren dat huisartsen goede intenties hebben en gelijke behandeling als vanzelfsprekend beschouwen. Ook in de enquête geeft de meerderheid aan antidiscriminatiebeleid belangrijk te vinden. Toch schort het aan de praktische uitwerking: expliciet beleid, gerichte scholing en duidelijk vastgelegde verantwoordelijkheden ontbreken grotendeels. Weliswaar zijn er losse elementen aanwezig, zoals algemene klachtenprocedures en meldpunten, maar een systematische aanpak en structurele borging ontbreken.

Het huidige antidiscriminatiebeleid in huisartspraktijken – zowel gericht op patiënten als op medewerkers – lijkt daarmee niet volledig te voldoen aan de mensenrechtelijke verplichtingen. Aan de verplichting van een formele procedure voor klachtbehandeling, voldoen de meeste praktijken. Maar dit is slechts een begin. Omdat het beeld bestaat dat de meldingsbereidheid laag is, is de bijdrage van deze verplichting aan de discriminatievrije omgeving beperkt. Aan de verplichting om een expliciete non-discriminatie-norm uit te dragen, voldoet slechts een deel van de praktijken. Ook zijn er maar beperkt beschermende maatregelen aanwezig voor een discriminatievrije werkomgeving. Ten aanzien van gelijke toegang tot zorg geldt dat er in een deel van de praktijken wel losse elementen aanwezig zijn om discriminatie te voorkómen, zoals zorgen voor een divers team en het structureel inzetten van de tolkentelefoon bij taalbarrières, maar een samenhangend en formeel beleid lijkt veelal te ontbreken. De toegankelijkheid voor mensen met een beperking is niet systematisch bevraagd naar allerlei soorten beperkingen (auditief, visueel, verstandelijk etc.) in de interviews en enquête. Hierdoor kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken voor mensen met een beperking.

Aanbevelingen

Een eerste stap is dat praktijken, beroepsorganisaties en overheid gezamenlijk werken aan bewustwording, bespreekbaarheid en eenvoudige vormen van borging binnen de bestaande kwaliteitsstructuren.

Structurele verbetering vraagt om een gecoördineerde aanpak op drie niveaus:

1. Praktijkniveau

- Maak de antidiscriminatie-norm expliciet en communiceer deze actief naar medewerkers en patiënten.
- Maak discriminatie bespreekbaar als eerste stap naar bewustwording: bespreek het thema periodiek in teamoverleg of casuïstiekbesprekingen.

- Investeer met het team in aantoonbaar effectieve trainingen om bewustwording te vergroten.
- Zorg dat medewerkers weten hoe te handelen bij discriminerend gedrag.
- Leg verantwoordelijkheden vast in het kwaliteitsbeleid of personeels-handboek.
- Richt meldmogelijkheden laagdrempelig in, maar zie ze niet als eindpunt. Noem discriminatie als mogelijke klachtgrond.
- Besteed expliciet aandacht aan een veilige en inclusieve werkomgeving en maak daarbij gebruik van aanpakken waarvan bekend is dat ze werken.

2. Beroepsorganisaties

- Beroepsorganisaties zoals LHV, NHG en RHO's kunnen praktijken ondersteunen met kant-en-klare formats zoals een voorbeeldgedragscode, een antidiscriminatieparagraaf en reflectievragen voor het teamoverleg.
- Integreer scholing over diversiteit en discriminatie structureel in basisopleiding, nascholing en accreditatie.
- Zorg voor inclusieve protocollen en richtlijnen in de huisartsenpraktijk die geschikt zijn voor alle patiëntengroepen.
- Maak gebruik van bestaande kennisplatforms. RHO's (regionale huisartsenorganisaties) kunnen regionale uitwisseling faciliteren via leerkringen of bijeenkomsten over inclusieve zorg.

3. Overheid

- Zorg voor structurele financiering van tolkenvoorzieningen.
- Verbeter toegang tot huisartsenzorg voor specifieke groepen, zoals arbeidsmigranten.
- Neem inclusieve zorg op in kwaliteits- en accreditatiekaders.
- Maak tijd, geld en expertise beschikbaar voor praktijken om antidiscriminatiebeleid te ontwikkelen en te borgen.
- Stimuleer vervolgonderzoek naar de toegankelijkheid van huisartspraktijken voor patiënten met diverse beperkingen, de effectiviteit van antidiscriminatiebeleid in de huisartspraktijk en scholing en de rol van onbewuste vooroordelen.

Maatschappelijke betekenis

Als antidiscriminatiebeleid systematisch wordt ingebed, kan de huisartsenzorg niet alleen beter voldoen aan mensenrechtelijke verplichtingen, maar ook een maatschappelijke voorbeeldrol vervullen. Huisartsen bevinden zich als toegankelijke en vertrouwde eerstelijns zorgverleners in een unieke positie om inclusiviteit en gelijke behandeling te bevorderen en zichtbaar te maken.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	9
1.1	Doel- en vraagstelling.....	10
1.2	Leeswijzer.....	10
2.	Begripsafbakening discriminatie en antidiscriminatiebeleid.....	11
2.1	Discriminatie: gronden, vormen en niveaus.....	11
2.2	Niveaus van discriminatie in de zorg.....	12
2.3	Wat verstaan we onder discriminatie in dit onderzoek?	13
2.4	Antidiscriminatiebeleid: signaleren, adresseren en voorkomen.....	13
2.5	Mensenrechtelijke verplichtingen.....	14
3.	Onderzoeksaanpak.....	16
3.1	Literatuurscan.....	16
3.2	Interviews met huisartsen.....	16
3.3	Online-focusgroep en klankbordgroep	18
3.4	Enquête onder huisartsen	19
3.5	Beperkingen van het onderzoek.....	20
4.	Literatuurscan.....	22
4.1	Stand van zaken antidiscriminatiebeleid.....	22
4.2	Klachtenafhandeling.....	23
4.3	Conclusie.....	24
5.	Resultaten interviews.....	25
5.1	Discriminatie bij de huisarts: perspectieven en ervaringen.....	25
5.2	Signaleren van discriminatie in de praktijk.....	26
5.3	Adresseren van discriminatie in de praktijk	28
5.4	Preventie van discriminatie in de praktijk.....	30
5.5	Belang van beleid en belemmeringen daarvoor	33
5.6	Suggesties voor verbetering.....	36
5.7	Conclusie.....	38

6.	Resultaten enquête.....	40
6.1	Belang van antidiscriminatiebeleid	40
6.2	Aanwezigheid en afwezigheid van antidiscriminatiebeleid	40
6.3	Aanwezige maatregelen en voorzieningen	43
6.4	Behoeftte aan ondersteuning.....	44
6.5	Conclusie	46
7.	Conclusies en aanbevelingen.....	47
7.1	Antidiscriminatiebeleid in huisartsenpraktijken	47
7.2	Antidiscriminatiebeleid en mensenrechtelijke verplichtingen	48
7.3	Belemmeringen en oorzaken.....	50
7.4	Aanbevelingen	51
	Bijlage 1 Bronnenlijst.....	56
	Bijlage 2 Juridische notitie 'Recht op discriminatievrije zorg' van het College voor Rechten van de Mens.....	59
	Bijlage 3 Topiclijst interviews	64
	Bijlage 4 Wervingstekst huisartsen.....	67
	Bijlage 5 Ontvangen documenten van geïnterviewde huisartsen	68
	Bijlage 6 Vragenset in de Nivel huisartsenenquête.....	69
	Bijlage 7 Respons enquête.....	71

1. Inleiding

Het College voor de Rechten van de Mens (in het vervolg aangeduid als 'het College') focust zich op een meerzijdige aanpak van discriminatie in beleid en praktijk, met als doel structurele ongelijkheid tegen te gaan, onder andere in de zorg.

Zowel een deel van de patiënten als een deel van de zorgverleners ervaart op dit moment discriminatie in de zorg. Dit is gebleken uit recent grootschalig onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS naar de prevalentie van discriminatie in de zorg (Verian & MARE, 2025). In dit onderzoek gaf 2% van de zorggebruikers aan in de voorgaande 12 maanden discriminatie in de huisartsenzorg te hebben ervaren. In de meeste zorgsectoren lag dit percentage tussen de 1 en 3%. Omdat veel mensen gebruik maken van huisartsenzorg, zijn er in absolute zin veel zorggebruikers die hier een discriminatie-ervaring hadden. Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond, moslims, LHBTQIA+ personen en mensen met ernstig overgewicht rapporteren significant vaker discriminatie.

Het onderzoek naar prevalentie van discriminatie in de zorg in opdracht van het ministerie van VWS, leverde ook indicatieve cijfers op over discriminatie van zorgprofessionals (Verian & MARE, 2025). Zo heeft 6% van de zorgverleners in huisartspraktijken en gezondheidscentra discriminatie ervaren in de voorgaande 12 maanden. Binnen deze groep betreft dit vooral discriminatie door een cliënt (40%), gevolgd door een leidinggevende (30%) of een andere zorgverlener (26%). Daarnaast heeft 14% van de zorgverleners in het onderzoek discriminatie op het werk waargenomen in de voorgaande 12 maanden. In ruim 7 van de 10 gevallen, betrof dit discriminatie van patiënt naar zorgverlener (Ait Moha & Kraamer, 2024; Verian & MARE, 2025). Zorgverleners met een migratieachtergrond (18%), die zich identificeren als LHBTQIA+ (15%) en zorgverleners met een lichamelijke of psychische beperking (9%) voelen zich het vaakst gediscrimineerd. Zorgverleners die discriminatie hebben waargenomen op hun werk geven het vaakst aan dat dit betrekking had op huidskleur (48%) en afkomst (37%), gevolgd door het dragen van een hoofddoek en godsdienst, beide 18% (Verian & MARE, 2025).

Het College heeft zich uitgesproken over de verplichting die zorgverleners hebben richting hun personeel en patiënten om discriminatie te voorkomen (Bijlage 2). Daarnaast heeft het College vastgelegd waar (effectief) antidiscriminatiebeleid minimaal aan hoort te voldoen om het recht op discriminatievrije (toegang tot) zorg van patiënten te waarborgen en het recht op een discriminatievrije werkomgeving voor de zorgverlener te waarborgen.

Tot op heden was er weinig bekend over hoe gangbaar antidiscriminatiebeleid in de huisartsenzorg is en of bestaande maatregelen effectief zijn en voldoen aan de

gelijkebehandelingswetgeving. Deze kennislacune was voor het College aanleiding om te onderzoeken in hoeverre huisartspraktijken beleid voeren om discriminatie te signaleren, adresseren en voorkomen. Het Onderzoekerscollectief heeft dit onderzoek naar antidiscriminatiebeleid in huisartspraktijken uitgevoerd.

1.1 Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is allereerst om inzicht te bieden in hoe antidiscriminatiebeleid op dit moment vorm krijgt in huisartsenpraktijken en daarnaast aanknopingspunten te bieden om antidiscriminatiebeleid in de huisartspraktijk te verstevigen.

De **hoofdvraag** van het onderzoek is: In hoeverre beschikken huisartsenpraktijken over antidiscriminatiebeleid voor hun medewerkers en cliënten dat voldoet aan mensenrechtelijke verplichtingen en welke verbeteringsmaatregelen kunnen worden voorgesteld voor een effectief antidiscriminatiebeleid in de huisartsenzorg?

Deze onderzoeksvraag beantwoorden wij in dit rapport aan de hand van de volgende **deelvragen**:

1. a. In hoeverre hebben huisartsenpraktijken **antidiscriminatiebeleid** ingevoerd om discriminatie te signaleren, te adresseren en te voorkomen?
b. In hoeverre zijn er bijzondere voorzieningen getroffen voor rechtsbescherming van personen die een discriminatieklacht indienen?
2. Wat zijn **redenen** dat antidiscriminatiebeleid bij huisartsenpraktijken nog niet (volledig) is ingevoerd of (nog) niet effectief functioneert?
3. Welke **aanbevelingen** voor verbeteringen voor bestrijding van discriminatie in huisartsenpraktijken kunnen worden gedaan op basis van de verkregen inzichten en mensenrechtelijke verplichtingen?

1.2 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de centrale begrippen in de onderzoeksvragen. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens de aanpak van het onderzoek. In hoofdstuk 4 wordt bestaande kennis over dit onderwerp besproken aan de hand van relevante onderzoeksrapporten over de huisartsenzorg en de bredere zorgsector. Hoofdstuk 5 presenteert de bevindingen uit interviews met 17 huisartsen. Hoofdstuk 6 bevat de resultaten van een enquête onder huisartsen. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 7). Tot slot zijn er diverse Bijlagen opgenomen ter ondersteuning van de inhoud.

2. Begripsafbakening discriminatie en antidiscriminatiebeleid

Discriminatie, antidiscriminatiebeleid en de mensenrechtelijke verplichtingen zijn centrale concepten in dit onderzoek. Dit hoofdstuk beschrijft wat we met deze concepten bedoelen.

2.1 Discriminatie: gronden, vormen en niveaus

Discriminatie is mensen anders behandelen, achterstellen of uitsluiten op basis van persoonskenmerken zonder dat deze behandeling te rechtvaardigen is (College voor de Rechten van de Mens, z.j.). Deze persoonskenmerken worden **discriminatiegronden** genoemd. Er zijn wettelijke gronden op grond waarvan ongelijke behandeling niet is toegestaan: godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, 'ras'¹, geslacht, nationaliteit, seksuele gerichtheid, burgerlijke staat, handicap of chronische ziekte en leeftijd.

In dit onderzoek hebben we ons gericht op de juridische discriminatiegronden. In interviews is daarnaast ruimte gelaten om signalen van ongelijkwaardige bejegening te benoemen die niet onder een wettelijke grond vallen (zoals sociaaleconomische achtergrond, opleidingsniveau en uiterlijk), omdat deze in de praktijk kunnen samenhangen met discriminatie of met drempels in toegang tot en bejegening binnen de zorg.

Discriminatie kan zich in **directe en indirecte vorm** voordoen (Badou e.a., 2023). Directe discriminatie is meestal eenvoudig te identificeren en betreft het ongelijk behandelen van iemand op grond van een bepaald persoonskenmerk. Van indirecte discriminatie is sprake wanneer een ogenschijnlijk neutrale bepaling of werkwijze personen met bepaalde persoonskenmerken onevenredig benadeelt, zonder dat hiervoor een objectieve rechtvaardiging bestaat.

Daarnaast kan discriminatie zich voordoen in allerlei vormen, variërend van subtiele, 'alledaagse' vormen, verpakt in grapjes die als vernederend kunnen worden ervaren, tot expliciete vormen van discriminatie, van grove uitingen van discriminatie en doelgerichte uitsluiting. Bij subtiele vormen wordt ook wel gesproken van '**microagressies**', subtiele, vaak onbedoelde opmerkingen of gedragingen die mensen als 'anders' neerzetten en daarmee bijdragen aan uitsluiting en marginalisatie. Dergelijke alledaagse uitingen zijn gebaseerd op stereotypen en vooroordelen en worden lang niet altijd herkend als kwetsend, maar kunnen wel een

¹ Ras wordt hier alleen gebruikt als juridische term (gebruikt in de wet).

grote impact hebben op mensen in kwetsbare posities, omdat ze vaak wijdverspreid en diepgeworteld zijn. Voorbeelden zijn opmerkingen als "Wat spreek je goed Nederlands!" of "Waar kom je echt vandaan?" tegen iemand van kleur. Het kan ook gaan om bepaalde blikken en het opzettelijk niet willen begrijpen of negeren van iemand (Verian & Mare, 2025).

2.2 Niveaus van discriminatie in de zorg

Discriminatie in de zorg kan zich op vijf niveaus voordoen (Badou e.a., 2023, p. 21):

1. Van patiënt naar zorgprofessional,
2. Van zorgprofessional naar patiënt,
3. Tussen zorgprofessionals onderling,
4. Tussen patiënten onderling,
5. Op institutioneel niveau.

De eerste vier vormen betreffen interpersoonlijke discriminatie: direct gedrag tussen individuen onderling, zoals een zorgprofessional die een patiënt anders behandelt op basis van diens achtergrond. Het gaat steeds om gedrag dat zich direct tussen mensen afspeelt, ook al is dat gedrag soms moeilijk te herkennen of te benoemen. De vijfde vorm — institutionele discriminatie — is minder vanzelfsprekend, omdat het niet gaat om het gedrag van individuen maar om structuren en systemen. Omdat dit niveau minder intuïtief is dan de eerste vier, lichten we het hieronder nader toe.

Institutionele discriminatie verwijst naar systematische uitsluiting of ongelijke behandeling die ingebed is in de structuur, cultuur, regels of routines van een organisatie of systeem — vaak zonder dat sprake is van een bewuste of expliciete intentie tot discriminatie (Verian & MARE, 2025; Felten & Daru, 2023).

Institutionele discriminatie kan zich op verschillende manieren manifesteren. Zo kunnen klinische richtlijnen of diagnostische instrumenten gebaseerd zijn op raciale categorieën of aannames zonder wetenschappelijke grond, wat kan leiden tot ongelijke behandeluitkomsten (Badou e.a., 2023; Goodarzi & Borrel, 2024). Ook komt normatieve bias in opleidingsmateriaal voor, waarbij witte of westerse lichamen en leefvormen als standaard worden gepresenteerd. Daarnaast kunnen structurele barrières in instroom en doorstroom binnen medische opleidingen bijdragen aan een beperkte diversiteit in de beroepsgroep, wat de gevoeligheid voor ongelijke behandeling in zorgprocessen verkleint (Mulder, 2023; Van Moppes, 2025).

Tegelijkertijd bestaan er institutionele factoren die het risico op institutionele en andere vormen van discriminatie kunnen vergroten of juist verkleinen. Risicofactoren zijn onder meer afhankelijkheidsrelaties tussen patiënt en arts, waardoor patiënten discriminatie niet snel benoemen (Verian & MARE, 2025) en een organisatiecultuur

waarin discriminatie niet goed bespreekbaar is (Felten e.a., 2024). Ook het ontbreken van expliciet beleid, training of laagdrempelige meldprocedures kan ertoe leiden dat ongelijke behandeling onvoldoende wordt herkend of gecorrigeerd (Felten, 2025a). Institutionele vormen van discriminatie zijn bijzonder problematisch omdat ze de interpersoonlijke vormen van discriminatie kunnen versterken en legitimeren, terwijl ze tegelijkertijd minder zichtbaar en herkenbaar zijn voor zowel zorgverleners als patiënten (Daru e.a., 2024).

2.3 Wat verstaan we onder discriminatie in dit onderzoek?

In dit onderzoek hanteren we een brede, praktijkgerichte omschrijving van discriminatie, aansluitend op de gronden, vormen en niveaus die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven. We sluiten daarmee aan bij de definitie van Walz & Fiere (2025): het gaat om situaties waarin iemand ongelijk wordt behandeld op basis van een persoonskenmerk dat er in die situatie niet toe doet — ongeacht of dat onderscheid bewust of onbewust wordt gemaakt, en ongeacht of het formeel is vastgesteld.

Een belangrijk aandachtspunt daarbij is dat iemand discriminatie kan ervaren zonder dat anderen dat zo beoordelen, en omgekeerd: discriminatie kan plaatsvinden zonder dat de betrokkene zich daarvan bewust is — bijvoorbeeld bij onbewuste bias in medische beslissingen. Beide perspectieven zijn relevant voor dit onderzoek, omdat effectief antidiscriminatiebeleid zowel moet aansluiten bij wat mensen ervaren als bij wat er feitelijk in de praktijk gebeurt: in dagelijkse interacties, in teamoverleg en in klachtenprocedures.

We hanteren de term discriminatie in deze brede betekenis door het hele rapport, tenzij uitdrukkelijk anders aangegeven.

2.4 Antidiscriminatiebeleid: signaleren, adresseren en voorkomen

Formeel antidiscriminatiebeleid omvat vastgestelde en schriftelijk vastgelegde afspraken, zoals gedragscodes, meld- en registratieprotocollen en procedures voor klachtenafhandeling. In kleine organisaties, zoals huisartsenpraktijken, is veel beleid informeel van aard. Daarom is het belangrijk om in het onderzoek ook aandacht te besteden aan informeel antidiscriminatiebeleid. Dit kan tot uiting komen in ongeschreven gedragsregels, een gedeeld bewustzijn binnen een praktijk en in de dagelijkse of periodieke aandacht van medewerkers voor het voorkomen of bespreekbaar maken van discriminatie.

In het kader van antidiscriminatiebeleid binnen huisartsenpraktijken is het zinvol om een onderscheid te maken tussen drie complementaire strategieën:

- **Signaleren** verwijst naar het herkennen en registreren van discriminerende uitingen of gedragingen, zowel richting patiënten als medewerkers. Dit vraagt om alertheid en bewustwording binnen de praktijkorganisatie.
- **Adresseren** betreft het actief reageren op gesignaleerde discriminatie, bijvoorbeeld door gesprekken aan te gaan, klachtenprocedures te volgen of passende maatregelen te nemen.
- **Voorkomen** (preventie) richt zich op het creëren van een inclusieve cultuur en het implementeren van structurele maatregelen die discriminatie proactief tegengaan. Hierbij spelen ook training en scholing van medewerkers een belangrijke rol, bijvoorbeeld in het herkennen van microagressies of het omgaan met diversiteit.

Deze driedeling sluit aan bij gangbare inzichten uit de antidiscriminatie-literatuur, namelijk dat een effectieve aanpak van discriminatie zowel reactieve als proactieve acties vereist (Movisie 2022; Movisie & Verwey-Jonker Instituut, 2025; Verian & MARE, 2025).

2.4.1 Monitoring en evaluatie

Naast deze drie pijlers wijzen diverse handreikingen op een vierde essentieel aspect monitoring en evaluatie van het beleid. Dit is nodig om structureel vast te stellen of maatregelen effect hebben en om beleid bij te sturen. Het is daarmee onmisbaar voor een volwaardig antidiscriminatiebeleid. In dit onderzoek laten we dit aspect echter buiten beschouwing. De reden daarvoor is dat dit onderzoek in de eerste plaats in kaart brengt in hoeverre er überhaupt antidiscriminatiebeleid aanwezig is in huisartsenpraktijken. Uit de literatuur en ons eigen onderzoek blijkt dat formeel beleid vaak ontbreekt. Monitoring en evaluatie veronderstelt beleid dat al bestaat en wordt uitgevoerd en is daarmee een volgende stap, die pas aan de orde is als die basis er is.

2.5 Mensenrechtelijke verplichtingen

In het kader van dit onderzoek heeft het College voor de Rechten van de Mens onderzocht waar een (effectief) antidiscriminatiebeleid op grond van de gelijkebehandelingswetgeving minimaal aan moet voldoen om het recht op discriminatievrije (toegang tot) zorg van patiënten te waarborgen en het recht op een discriminatievrije werkomgeving voor de zorgverlener te waarborgen. De Juridische notitie 'Recht op discriminatievrije zorg' van het College is opgenomen als Bijlage 2.

Het recht op discriminatievrije zorg en een veilige, inclusieve werkomgeving is verankerd in zowel de gelijkebehandelingswetgeving als in internationale mensenrechtenverdragen. Deze kaders leggen huisartsenpraktijken als zorgaanbieders en werkgevers de verplichting op om gelijke behandeling te

waarborgen en discriminatie actief te voorkomen. Het gaat hierbij om juridische normen die gelijke toegang tot zorg en gelijke behandeling in arbeid garanderen.

Deze rechten en verplichtingen dienen op grond van verschillende wetten, verdragen en jurisprudentie nader te worden ingevuld. Ze brengen verplichtingen mee voor huisartsenpraktijken, namelijk:

- **Expliciet uitdragen van non-discriminatie-norm** - De praktijk communiceert duidelijk dat discriminatie niet wordt getolereerd.
- **Zorgvuldige behandeling van discriminatieklachten** - Toepassing van hoor en wederhoor, vertrouwelijke behandeling, passende maatregelen en geen benadeling van klagers en adequate nazorg.
- **Gelijke toegang tot zorg voor alle patiënten** - Op grond van artikel 12 IVESCR dienen praktijken hun beleid structureel in te richten op gelijke toegang tot zorg, met bijzondere aandacht voor groepen in kwetsbare posities.
- **Doeltreffende aanpassingen voor toegankelijkheid voor mensen met beperking**- Fysieke voorzieningen en maatregelen voor toegankelijke communicatie voor mensen met een beperking (wettelijke verplichting onder Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte).
- **Discriminatievrije werkomgeving voor medewerkers** - Werkgevers moeten beleid ontwikkelen en maatregelen nemen om personeel te beschermen tegen discriminatie door collega's of patiënten.

Het mensenrechtelijke kader, zoals opgesteld door het College voor de Rechten van de Mens wordt in dit onderzoek gebruikt als toetsingskader voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Concreet betekent dit dat de vijf bovenstaande verplichtingen in paragraaf 7.2 als meetlat dienen om te beoordelen in hoeverre het antidiscrimatiebeleid van huisartsenpraktijken aan deze verplichtingen voldoet.

3. Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden ingezet. In onderstaande tabel staat per onderzoeksvraag beschreven welke onderzoeksmethoden zijn ingezet. De interviews en focusgroep geven hierbij kwalitatieve en de enquête kwantitatieve informatie.

Vragen	Literatuurscan	Interviews	Focusgroep	Enquête
1. In hoeverre is er antidiscriminatiebeleid?	✓	✓		✓
2. Wat zijn redenen om geen (effectief) beleid te hebben?		✓	✓	✓
3. Wat zijn mogelijkheden voor verbetering?	✓	✓	✓	✓

3.1 Literatuurscan

Voor de verkennende literatuurscan over antidiscriminatiebeleid in de zorg, specifiek bij huisartsenpraktijken zijn bronnen aangedragen door het College voor de Rechten van de Mens en leden van de klankbordgroep. Daarnaast is een gerichte eigen verkenning op het internet gedaan. Het primaire doel hiervan was om bestaande kennis op te halen en te gebruiken voor het opstellen van topiclijsten, enquêtevragen en analyseframes. Daarnaast zijn inzichten uit de literatuurscan gebruikt voor het kort aanduiden van de prevalentie van discriminatie in de huisartsenzorg in hoofdstuk 1, voor de begripsafbakening in hoofdstuk 2, en voor de onderbouwing en beperkte uitwerking van de aanbevelingen in hoofdstuk 6.

De literatuurscan was verkennend en niet-systematisch van aard en beperkte zich tot Nederlandstalige bronnen. Gezien het beperkte aantal beschikbare studies dient de literatuurscan te worden beschouwd als een eerste verkenning van dit onderwerp.

3.2 Interviews met huisartsen

Op basis van de literatuurscan en input van de klankbordgroep is een topiclijst opgesteld als leidraad voor semigestructureerde interviews (Bijlage 3). We voerden online interviews met 17 huisartsen (30-60 minuten) waarbij conceptuele saturatie werd bereikt: gaandeweg leverden gesprekken steeds minder nieuwe inzichten op. Dit aantal bleek voldoende voor deze homogene beroepsgroep en is in lijn met onderzoek waaruit blijkt dat saturatie doorgaans na 9-17 interviews optreedt (Hennink & Kaiser, 2022). Alle gesprekken werden met toestemming opgenomen. Waar mogelijk werd de huisartsen gevraagd beleidsdocumenten te delen.

3.2.1 Respondenten

Voor de interviews is binnen de beroepsgroep huisartsen gezocht naar een zo divers mogelijke groep, zowel afkomstig uit de stad als het platteland en geografisch verspreid over Nederland. We wilden graag zowel huisartsen spreken die met het onderwerp bezig zijn, als huisartsen bij wie dit minder een rol speelt, om zicht te krijgen op de verschillende onderliggende beweegredenen.

We hebben de 17 huisartsen geworven via LinkedIn (6), directe netwerken van de onderzoekers (9) en e-mails naar praktijken en beroepsverenigingen (2). Deelnemers ontvingen een taart als dank voor deelname (Bijlage 4). Dit leverde uiteindelijk een zeer diverse groep huisartsen op (Tabel 1).

Tabel 1. Kenmerken van geïnterviewde huisartsen

Kenmerk	Aantal
Geslacht	
Man	4
Vrouw	13
Migratieachtergrond huisarts	
Wel	8
Geen	9
Verstedelijking praktijklocatie ²	
Stedelijk	7
Halfstedelijk	5
Niet stedelijk	5
Teamdiversiteit praktijk	
Divers team (achtergrond/gender)	8
Homogeen team	7
Niet besproken	2
Patiëntenpopulatie volgens huisarts	
Divers	11
Homogeen	6

Figuur 1. Spreiding respondenten



² Hierbij zijn we uitgegaan van CBS-gegevens over mate van stedelijkheid van gebieden: (zeer) sterk, matig of weinig/niet-stedelijk.

De meerderheid van vrouwelijke respondenten weerspiegelt de landelijke trend van het aandeel vrouwelijke huisartsen, met zo'n 63% vrouwelijke huisartsen in 2024 (Flinterman e.a., 2025).

De respondenten bekleden verschillende rollen binnen de huisartsenzorg: van waarnemend huisarts en huisarts in dienstverband tot praktijkhouder. De respondenten werken in verschillende praktijkvormen, variërend van solopraktijken tot grote groepspraktijken, gezondheidscentra en huisartsen onder één dak (HOED)-structuren.

De variatie van patiëntenpopulatie loopt uiteen van homogene dorpspopulaties tot zeer diverse stedelijke populaties, inclusief achterstandswijken en een AZC-populatie.

3.2.2 Analyse

De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. Tekstfragmenten werden gecodeerd met een vooraf opgesteld codeboek op basis van de onderzoeksvragen en topiclijst, met ruimte voor open codering van onverwachte inzichten. Fragmenten werden systematisch toegewezen aan inhoudelijke categorieën.

De analyse richtte zich op het identificeren van patronen en variaties binnen en tussen thema's om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hiervoor werd ATLAS.ti versie 25 en Qualcoder software gebruikt. Onderzoekers codeerden elkaars transcripties om de betrouwbaarheid te vergroten, interpretatieverschillen te bespreken en tot een consistente en valide analyse te komen.

De geïnterviewde huisartsen stuurden ons na de interviews vier aanvullende documenten toe (Bijlage 5). Deze zijn meegenomen bij de analyse van de transcripten. Daarnaast is in verschillende gesprekken verwezen naar de eigen website voor informatie over de klachtenprocedure. Hiervoor is op de websites van alle deelnemende praktijken gezocht naar het onderdeel klachtenprocedure.

3.3 Online-focusgroep en klankbordgroep

Huisartsen die deelnamen aan de interviews zijn uitgenodigd om ook deel te nemen aan een online focusgroep op 11 september 2025. Daarnaast is via de LHV ook aan andere huisartsen de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan de focusgroep. Vijf huisartsen namen deel: huisartsen uit zowel stedelijke als landelijke praktijken, verspreid over verschillende regio's.

In de focusgroepsessie werden resultaten van de interviews voorgelegd aan deelnemers voor reflectie en validatie. Samen is verkend wat deze inzichten impliceren voor de praktijk en hoe het onderwerp meer aandacht kan krijgen in de huisartsenzorg.

Deelnemers herkenden zich in de gepresenteerde uitkomsten. Het gesprek over benodigde voorwaarden en acties voor meer aandacht voor antidiscriminatie leverde waardevolle aanvullende inzichten op die zijn verwerkt in de aanbevelingen.

Gedurende het onderzoek is drie keer een klankbordgroep bijeengekomen, bestaande uit experts vanuit Movisie, Pharos, het ministerie van VWS en de LHV. De klankbordgroep had een adviserende rol in twee fasen van het onderzoek: bij de opzet (onder meer bij de selectie van enquêtevragen en de voorbereiding van de interviews) en bij de afronding, waarbij de bevindingen en conceptaanbevelingen zijn voorgelegd ter bespreking en aanscherping.

3.4 Enquête onder huisartsen

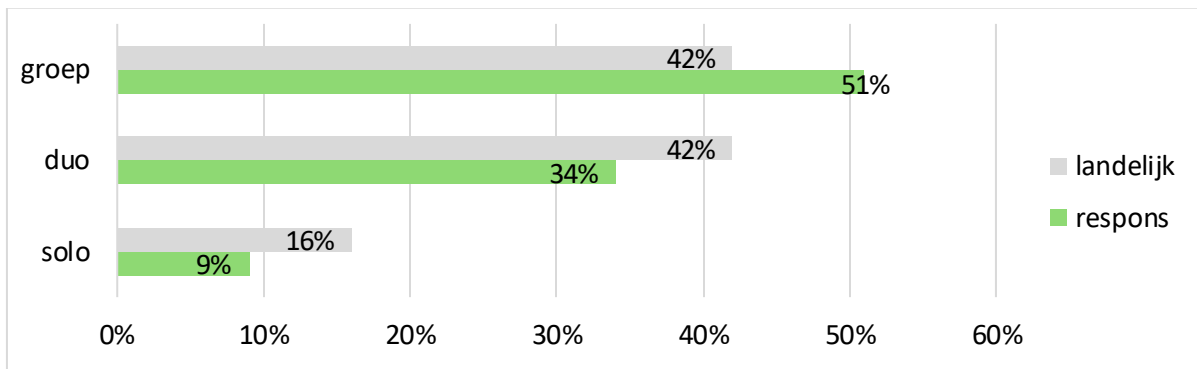
Om antwoord te geven op de vraag in hoeverre praktijken beschikken over een antidiscriminatiebeleid, zijn vier vragen opgenomen in de jaarlijkse, grootschalige Nivel-enquête onder huisartspraktijken. Op basis van de onderzoeksvragen is een reeks conceptvragen opgesteld. Samen met de klankbordgroep is geselecteerd welke vragen het meest relevant zijn. Vervolgens heeft het Nivel suggesties gedaan om deze vragen geschikt te maken voor toepassing in de grootschalige enquête onder huisartspraktijken (Bijlage 6).

3.4.1 Dataverzameling en respons

In het najaar van 2025 heeft het Nivel 4.485 huisartsenpraktijken aangeschreven. In totaal beantwoordden 958 praktijken minimaal één van de vier vragen over antidiscriminatiebeleid. Dit komt neer op een responspercentage van 21%. De enquête is ingevuld door huisartsen (79%) en voor een klein deel door praktijkmanagers (17%). De overige enquêtes zijn ingevuld door o.a. praktijkondersteuners, artsen in opleiding en doktersassistenten.

Om te toetsen of de spreiding van de respons representatief is voor de landelijke verdeling, is een chi-kwadraat goodness-of-fit toets uitgevoerd. Deze toets vergelijkt de waargenomen verdeling van respondenten over de provincies met de verwachte verdeling op basis van de totale populatie. De respons is representatief met betrekking tot stedelijkheid en landelijke spreiding (Bijlage 7). Met betrekking tot type praktijk is er wel een verschil: Groepspraktijken zijn oververtegenwoordigd in de respons van de enquête. Het is goed mogelijk dat zij meer tijd en ruimte kunnen nemen in vergelijking met solo- en duopraktijken om te participeren in onderzoek.

Figuur 2. Type praktijk; landelijk versus respons



$\chi^2 = 95,30$, $df = 2$, $p < 0,001$

3.4.2 Analyse

Beschrijvende statistieken zijn berekend voor alle variabelen. Kruistabellen zijn gemaakt om het verband te onderzoeken tussen het belang dat men hecht aan beleid en de daadwerkelijke aanwezigheid ervan, tussen stedelijkheid en de aanwezigheid van beleid en tussen de aanwezigheid van beleid en de aanwezigheid van (preventieve) maatregelen. Als 'aanwezig beleid' werden die praktijken aangemerkt die rapporteerden te beschikken over antidiscriminatiebeleid, in schriftelijke dan wel mondelinge vorm. De overige respondenten werden gecodeerd als 'geen beleid'. Chi-kwadraattoetsen zijn uitgevoerd om significantie te bepalen. Omdat de respons niet representatief was met betrekking tot type praktijk, is onderzocht of het type praktijk invloed had op het al dan niet hebben van beleid (Bijlage 7), dit was niet het geval. Open antwoorden zijn gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

3.5 Beperkingen van het onderzoek

3.5.1 Kwalitatief deel

De inzichten uit de interviews zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar alle huisartsen in Nederland. In dit onderzoek waren naar alle waarschijnlijkheid huisartsen met een affiniteit met het thema discriminatie oververtegenwoordigd. Dit komt enerzijds doordat bij de selectie is gezocht naar huisartsen die met dit onderwerp bezig zijn, en anderzijds doordat huisartsen met een affiniteit voor het thema waarschijnlijk eerder bereid waren om aan het onderzoek deel te nemen (zelfselectie-effect).

De interviews waren ook niet bedoeld om een representatief beeld te schetsen. Dat doel was belegd bij het kwantitatieve deel van het onderzoek. De interviews hadden een exploratief karakter en waren bedoeld om inzicht te krijgen in de verschillende benaderingen en motieven van huisartsen ten aanzien van antidiscriminatiebeleid. De resultaten zijn dus niet generaliseerbaar, maar bieden juist verdiepend inzicht in hoe

huisartsen discriminatie ervaren, er betekenis aan geven en ermee omgaan – zoals kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek. Het is belangrijk om deze bevindingen ook in dat licht te interpreteren.

Een andere beperking van het kwalitatieve deel van het onderzoek is dat we huisartsen gevraagd hebben naar hun eigen ervaringen met discriminatie en hun beweegredenen om wel of geen beleid te voeren om discriminatie tegen te gaan. Uit eerder onderzoek is bekend dat discriminatie vaak onbewust plaatsvindt (Felten & Daru, 2023). Situaties die huisartsen zelf niet als discriminatie herkennen, zijn in dit onderzoek daardoor waarschijnlijk niet aan bod gekomen.

3.5.2 Kwantitatief deel

Hoewel de respons representatief is wat betreft landelijke spreiding en stedelijkheid, is niet uit te sluiten dat selectiviteit op andere, mogelijk relevante kenmerken (zoals motivatie of betrokkenheid bij het thema) een rol speelt. De resultaten moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Zonder informatie over non-respondenten blijft onduidelijk of praktijken die niet hebben deelgenomen systematisch verschillen van respondenten. Daarnaast kunnen respondenten verschillende interpretaties hebben van begrippen als 'discriminatie', 'antidiscriminatiebeleid' of 'mondelinge afspraken'. Dit kan leiden tot variatie in antwoorden die niet zozeer werkelijke verschillen weerspiegelt, maar verschil in interpretatie.

4. Literatuurscan

In dit hoofdstuk verkennen we bestaande kennis over antidiscriminatiebeleid in de zorg, met specifieke aandacht voor de huisartsenzorg. Het hoofdstuk bestaat uit twee paragrafen. De eerste bespreekt de stand van zaken rond antidiscriminatiebeleid in de (huisartsen)zorg, de belemmeringen die daarbij spelen, en wat uit eerder onderzoek bekend is over werkzame elementen in dergelijk beleid. De tweede paragraaf gaat in op wat bekend is over ingediende en behandelde klachten over discriminatie in de zorg, en in het bijzonder binnen de huisartsenzorg.

4.1 Stand van zaken antidiscriminatiebeleid

Deze paragraaf is gebaseerd op wat we in de beschikbare literatuur hebben kunnen vinden over antidiscriminatiebeleid in de (huisartsen)zorg, inclusief belemmeringen en werkzame factoren zoals beschreven in enkele handreikingen voor zulk beleid.

Beleid: Het beperkte onderzoek lijkt erop te wijzen dat zorgaanbieders veelal geen of onvoldoende beleid en protocollen hebben om discriminatie tegen te gaan (Badou e.a., 2023, Verian & MARE, 2025). Zorgverleners ervaren onzekerheid over meldprocedures en hebben weinig zicht op beleid. Leidinggevenden reageren soms wegwuivend op meldingen van discriminatie (MARE, 2025). Er is nauwelijks iets bekend over antidiscriminatiebeleid specifiek in de huisartsenzorg, maar er zijn geen aanwijzingen dat het daar beter is geregeld dan in de zorg in het algemeen.

Belemmeringen voor implementatie:

Discriminatie blijkt lastig bespreekbaar in de zorg vanwege de afhankelijkheidsrelatie van patiënten, terwijl discriminatie door zorgverleners lang niet altijd wordt herkend. Discriminatie wordt ook niet altijd besproken vanwege drukte en gêne bij een zorgverlener als die beschuldigd wordt van discriminatie (Kolste & Venderbos, 2022). Het onderzoek in opdracht van VWS voegt toe dat tijdsdruk en ongemak bij het aanklaarten van het onderwerp belangrijke barrières zijn (Verian & MARE, 2025). Deze drempels gelden niet alleen in situaties waarbij een patiënt discriminatie ervaart door een zorgverlener. Ook zorgverleners die zelf discriminatie ervaren - door patiënten of door collega's - aarzelen dit te benoemen, onder meer uit vrees voor professionele gevolgen, of omdat

Vijf stappen voor inclusieve zorg en dienstverlening (Felten e.a., 2024)

Stap 1: Starten met de aanpak: maak het een prioriteit in je organisatie

Stap 2: Inzicht krijgen in voor wie de zorg- en dienstverlening wel of niet voldoende kwaliteit levert

Stap 3: Procedures aanpassen om te komen tot inclusieve en gelijkwaardige zorg- en dienstverlening

Stap 4: Training en scholing voor zorg- en dienstverleners

Stap 5: Monitoren, evalueren en bijstellen

discriminatie door patiënten als 'onderdeel van het werk' wordt beschouwd (Ait Moha & Kraamer, 2024; Verian & MARE, 2025).

Werkzame elementen van beleid: Aanbevelingen over het tegengaan van discriminatie in de zorg zijn te vinden in publicaties zoals die van Pharos en Movisie. Daarin worden aanbevelingen geformuleerd zoals: het formuleren van een duidelijke visie van de organisatie op het voorkomen van discriminatie, het werken aan bewustwording bij medewerkers van impliciete vooroordelen (door middel van trainingen), het monitoren van patiënttevredenheid en ervaringen met discriminatie, het vergroten van de diversiteit van het personeelsbestand (Kolste en Venderbos, 2022; Van Loenen e.a., 2022) en structurele reflectie op bias in richtlijnen en protocollen (Felten e.a., 2024; Felten, 2025a). Het Kennisplatform inclusief samenleven heeft op basis van nationale en internationale literatuur een handreiking opgesteld voor gelijkwaardige en inclusieve zorg- en dienstverlening (Felten e.a., 2024). De handreiking bestaat uit vijf stappen. Binnen elke stap worden verschillende manieren beschreven waarop je deze kunt vormgeven. Daarmee biedt de handreiking een algemene structuur waar het antidiscriminatiebeleid in de huisartspraktijk uit kan bestaan.

4.2 Klachtenafhandeling

Een van de minimale mensenrechtelijke vereisten van antidiscriminatiebeleid is dat klachten zorgvuldig worden behandeld. Wat is uit de literatuur bekend over de bereidheid van patiënten en zorgmedewerkers om discriminatieklachten in te dienen, en over hoe deze klachten worden afgehandeld?

Binnen de zorg - en dus ook in de huisartsenzorg - vormt de **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)** sinds 2016 de wettelijke basis voor de klachtenafhandeling. Hoewel er verschillende evaluaties en studies zijn naar de klachtafhandeling onder de Wkkgz, geven deze weinig inzicht in de aard van de ingediende klachten en of via deze weg ook discriminatieklachten worden gemeld en behandeld. De Tweede monitor Wkkgz (Bouwman e.a., 2019) geeft enig inzicht in de aard van de klachten in de zorgsector. Uit een enquête onder klachtfunctionarissen (178 reacties, waarvan 20 werkzaam in de huisartsenzorg) blijkt dat klachten over bejegening naast die over de organisatie van de zorg – zoals bereikbaarheid en wachttijden - relatief vaak voorkomen. Klachten over bejegening kunnen ook betrekking hebben op discriminatie, maar daarover wordt in de evaluaties niet gerapporteerd. Volgens klachtfunctionarissen hebben de meeste zorgaanbieders hun Wkkgz-verplichtingen op orde, met een protocol, klachtfunctionaris en aansluiting bij een geschillencommissie (Bouwman e.a., 2019).

Wat betreft het melden van discriminatie komt uit het onderzoek binnen de gehele zorgsector naar voren dat 5 op de 6, dus de overgrote meerderheid van zorggebruikers die discriminatie ervaren, hiervan geen melding maken. Zorggebruikers melden discriminatie vaak niet omdat ze denken dat het geen zin heeft, bang zijn zorg te verliezen, het lastig vinden te bewijzen of niet weten dat melden mogelijk is. Onder zorgverleners ligt het meldgedrag hoger, maar nog steeds maakt ongeveer 4 op de 10 geen melding van ervaren discriminatie. Zij geven aan dat dit onder meer komt doordat ze zich overrompeld voelen, vrezen voor professionele gevolgen of denken dat discriminatie door patiënten als ‘onderdeel van het werk’ wordt gezien. Wanneer zorgverleners wél melding maken, doen ze dat vooral bij hun leidinggevende, een vertrouwenspersoon of een andere persoon binnen de organisatie. (Ait Moha & Kraamer, 2024; Verian & MARE, 2025)

Specifiek over de **behandeling van discriminatieklachten** laat het VWS-onderzoek zien dat de afhandeling hiervan in de zorg te wensen overlaat. Veel zorggebruikers en zorgverleners geven aan dat discriminatie zelden wordt besproken, er is vaak onduidelijkheid over meldprocedures, en meldingen worden niet altijd serieus genomen of opgevolgd. Zorgverleners ervaren dat leidinggevendenden soms zeggen: "het hoort erbij" of "dat is de doelgroep", wat wijst op een cultuur van acceptatie of bagatellisering (MARE, 2025). Deze gebrekkige klachtenafhandeling versterkt de institutionele dimensie van discriminatie, omdat het systeem zelf faalt in het adequaat reageren op discriminatie-ervaringen.

4.3 Conclusie

Eerder onderzoek laat zien dat zorgorganisaties weinig expliciet beleid of duidelijke protocollen hebben om discriminatie te voorkomen en adequaat te behandelen. In hoeverre dit ook geldt voor huisartsenpraktijken is nog grotendeels onbekend, maar het ligt voor de hand dat zij met een vergelijkbaar gebrek aan formeel beleid en procedures te maken hebben. Hoewel de Wkkgz voorziet in algemene klachtenprocedures – ook binnen de huisartsenzorg – worden discriminatieklachten daarin meestal niet apart herkend of behandeld. Ondanks de beperkte kennis over het voorkomen en tegengaan van discriminatie in huisartsenpraktijken, bieden algemene aanbevelingen uit de literatuur wel aanknopingspunten: het formuleren van een duidelijke visie op gelijke behandeling, het vergroten van bewustwording onder medewerkers, het systematisch monitoren van ervaringen met discriminatie en het bevorderen van diversiteit in het personeelsbestand.

5. Resultaten interviews

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van interviews met 17 huisartsen, die verschillen in ervaring en affiniteit met discriminatievraagstukken.

Geen van de praktijken heeft een formeel antidiscriminatiebeleid. Discriminatie wordt doorgaans benaderd als onderdeel van algemene omgangsvormen en de bredere organisatiecultuur, en niet via vastgelegde procedures of signaleringssystemen. Huisartsen verschillen in hoe ze met discriminatie omgaan en hun visie op de gewenste aanpak, maar delen ook veel overeenkomsten in hun dagelijkse praktijk. In dit hoofdstuk wordt dit uitgewerkt aan de hand van zes paragrafen: (1) perspectieven en ervaringen met discriminatie, waaronder frequentie en verschijningsvormen; (2) het signaleren van discriminatie; (3) het adresseren ervan in de praktijk; (4) preventie van discriminatie; (5) het belang van formeel beleid en de belemmeringen daarbij; en (6) suggesties van huisartsen over wat kan helpen om antidiscriminatiebeleid in praktijken van de grond te krijgen.

5.1 Discriminatie bij de huisarts: perspectieven en ervaringen

De geïnterviewde huisartsen erkennen dat discriminatie voorkomt in de praktijk, maar er bestaat een grote variatie in hoe vaak zij denken dat dit gebeurt. Waar sommige huisartsen stellen dat discriminatie nauwelijks voorkomt in hun praktijk, rapporteren anderen dat het een dagelijkse realiteit is. Geen van de huisartsen houdt data bij over discriminatie, waardoor de geschatte prevalentie volledig gebaseerd is op persoonlijke waarnemingen en ervaringen. Dat maakt de inschatting ook gevoelig voor vertekening door geheugen en interpretatie.

In de interviews worden voorbeelden genoemd van discriminatie tussen patiënten en zorgverleners, tussen patiënten onderling en zorgverleners onderling en op institutioneel niveau. Migratieachtergrond en een laag opleidingsniveau zijn de meest genoemde gronden, vaak gekoppeld aan taalbarrières.³ Ook niet-cultuursensitief werken wordt door sommigen als discriminatie gezien.

“Ik denk vooral aan als ik mensen spreek met een andere achtergrond [...]. Als dan een taalbarrière speelt of een cultuurverschil, dan ben ik altijd een beetje bezorgd, kan ik die mensen voldoende helpen. [...] Maar andersom moet ik ook wel denken aan de assistente die uit Irak kwam. Die droeg een hoofddoek en die is wel eens ‘die vrouw met die stomme hoofddoek’ genoemd.” [1]⁴

³ De perceptie van discriminatie is mede afhankelijk van wat respondenten zelf met het begrip associëren. Uit onderzoek blijkt dat ook LHBTQIA+ personen en mensen met ernstig overgewicht vaak discriminatie ervaren in de zorg, zoals discriminatie van (Verian & Mare, 2025).

⁴ Bij elk citaat is het respondentnummer vermeld. Er is geen lijst van de 17 respondenten opgenomen vanwege anonimiteit. De nummering loopt tot 18, omdat respondent 7 uiteindelijk niet is geïnterviewd. De nummers laten zien dat de citaten afkomstig zijn van meerdere respondenten.

Een complexe vorm van discriminatie in de huisartsenpraktijk doet zich voor wanneer patiënten zich gediscrimineerd voelen, terwijl artsen aangeven te handelen op basis van medische richtlijnen of praktische overwegingen.

"Een Afghaanse vrouw, gevlucht uit haar land, komt met knieklachten naar de arts. Ze verwacht snel geopereerd te worden en ziet dit als haar recht. Volgens de medische richtlijnen is ze echter te jong voor een knieprothese. Ondanks herhaalde uitleg hierover, voelt zij zich ongelijk behandeld en vermoedt discriminatie op basis van haar afkomst." [6].

Alle geïnterviewde huisartsen benadrukken dat zij goede en gelijke zorg willen leveren aan hun patiënten. Meerdere huisartsen zijn zich ervan bewust dat discriminatie vaak onbewust plaatsvindt en dat zijzelf onbewust en ongewild kunnen discrimineren. Zij proberen bewust stil te staan bij hun eigen handelen en erkennen dat hun positie en perspectief van invloed kunnen zijn op hoe zorg wordt verleend.

"Iedereen doet zijn of haar werk met passie en veel menslievendheid. Maar ieder heeft een blinde vlek, onbewuste vooroordelen spelen mee. Ik heb zelf gemerkt dat ik soms bepaalde ideeën projecteer. En dat vind ik dan best wel beschamend." [12]

5.2 Signaleren van discriminatie in de praktijk

Signaleren houdt in dat mogelijke incidenten of patronen van ongelijke behandeling of discriminatie tijdig en zorgvuldig worden opgemerkt. Er zijn vijf onderdelen van signaleren teruggekomen in de gesprekken:

- een klachtenprocedure voor patiënten,
- het signaleren van discriminatie door huisartsen bij collega's,
- de VIM-procedure: Veilig Incidenten Melden,
- de vertrouwenspersoon voor medewerkers en
- signaleren op basis van risico's.

5.2.1 Een klachtenprocedure voor patiënten

Alle praktijken hebben de wettelijke verplichte klachtenprocedure, soms aangevuld met een tevredenheidsvragenlijst, maar hier worden nauwelijks klachten over discriminatie gemeld.

"Klachten van patiënten zijn er wel, maar dat gaat dan vaak over iets wat ze niet kregen – een verwijzing, een behandeling. Of over bejegening: zich niet gehoord of serieus genomen voelen. Maar klachten die specifiek over discriminatie gaan? Die heb ik nog niet gezien. Ik weet zeker dat het gebeurt – ik hoor collega's soms dingen zeggen waarvan ik denk: dit kan eigenlijk echt niet – maar ik heb nog nooit gehoord dat daar een officiële klacht van gekomen is."

[18]

Klachtenprocedure: melden

Alle onderzochte huisartspraktijken hebben klachteninformatie op hun website - één direct op de homepage, anderen op een dieper niveau, maar nog steeds goed vindbaar. De procedures gelden voor klachten over behandeling, bejegening of organisatie, maar noemen discriminatie niet expliciet. Overal geldt: ga eerst naar de eigen praktijk. Sommige praktijken bieden meerdere manieren aan (mondeling, schriftelijk, mail, formulier), andere geven de voorkeur aan eerst bespreken.

De huisartsen die we spraken, realiseren zich dat niet alle patiënten die discriminatie ervaren dit zullen melden. Genoemde redenen hiervoor zijn laaggeletterdheid, het niet spreken van de Nederlandse taal en de afhankelijkheid van patiënten van een arts. Daarnaast vergt melden een bepaalde mate van assertiviteit van een patiënt en het vertrouwen dat er ook iets gebeurt met de melding.

“Voor de patiënt is het toch best moeilijk, want het klachtenformulier moet je ook maar net weten te vinden. Soms is het ook lastig om dit dan aan de dokter te vertellen, want ze zijn ook afhankelijk van ons. Dat zo iemand al snel denkt van laat maar, want ik heb ze nodig en een nieuwe huisarts is niet zo makkelijk te vinden, dus we bewaren de lieve vrede.” [2]

Huisartsen proberen het melden van klachten voor patiënten toegankelijk te maken via duidelijke formulieren, meerdere meldroutes (zoals mail, telefoon, persoonlijk contact of een anonieme ideeënbus) en de optie om een klacht met een neutrale functionaris te bespreken. Anoniem melden is alleen mogelijk via een ideeënbus of op online platforms, maar maakt opvolging onmogelijk. Een huisarts met migratieachtergrond merkt op dat haar achtergrond de drempel kan verlagen om te melden. Een ander benadrukt het belang van een open en veilige praktijkcultuur.

5.2.2 Het signaleren van discriminatie door huisartsen bij collega's

Huisartsen die veel met minderheidsgroepen werken of zelf tot een minderheidsgroep behoren, lijken discriminatie van hun patiënten door andere zorgverleners vaker te signaleren. Zo merkt een huisarts op een AZC op dat haar patiënten anders behandeld worden door medisch specialisten. Zij spreekt haar collega's daarop aan. In de interviews kwamen hierbij vooral patiënten met een migratieachtergrond en mensen met een lage sociaaleconomische status ter sprake. Andere groepen die tot minderheidsgroepen kunnen worden gerekend - zoals LHBTQIA+-personen en mensen met een beperking - werden in dit verband nauwelijks genoemd, ook al was de vraagstelling breed.

Een andere huisarts ziet dat collega's in andere praktijken weinig arbeidsmigranten opnemen in hun praktijk, maar vindt het moeilijk om dit bespreekbaar te maken.

“Ja, dat vind ik wel heel moeilijk, want je kunt je heel gauw verschuilen achter: ja, maar ik ben dicht of mijn praktijk zit vol. Ik kan dit spoedje er niet bij hebben. En is dat dan discriminatie of loopt de collega gewoon over? Dat is wel moeilijk. Het is ook heel moeilijk om dit aan je collega's met wie je samen de dienst doet aan te geven. Dat doe je niet bij een 'misschien' incident, zeg maar.” [9]

Ook in de eigen praktijk signaleren huisartsen soms discriminatie bij collega's richting patiënten.

“Naar de patiënten toe vind ik dat collega's en assistenten soms ook echt discrimineren. Dan gaat het niet alleen maar over migratieachtergrond, maar ook intelligentieniveau of gender en dan worden er ook onderling best wel heftige grappen gemaakt en het wordt natuurlijk niet direct tegen de patiënt gezegd, maar het is wel wat ik zie op de werkplek wat allemaal langskomt.” [10]

5.2.3 VIM (Veilig Incidenten Melden)

Verschillende huisartsen noemen ook de VIM. De VIM is een methode om incidenten te melden. De VIM is niet specifiek bedoeld voor het melden van discriminatie, maar wordt als optie genoemd.

“Waar ik aan denk is een VIM. Dat doen wij via een geautomatiseerd formulier [...]. Discriminatie zou ook wel iets zijn wat daarin moet kunnen eigenlijk. Als je iets ziet of hoort gebeuren, of je maakt het mee of hebt het er met elkaar over dat je dan iemand aanwijst van vul jij deze VIM in. Ik denk dat we daar nog niet op die manier zo aan denken.” [2]

VIM- Veilig Incidenten Melden

Huisartspraktijken zijn verplicht om vanuit de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg een interne procedure op te zetten voor het veilig melden van een incident. Het doel hiervan is om binnen de eigen praktijk te leren van (bijna) incidenten. Het gaat hier met name over medische zaken en niet zo zeer om bejegening. Het is een onderdeel van kwaliteitsmanagement (Nederlands Huisartsen Genootschap, z.d.)

5.2.4 Vertrouwenspersoon

De helft van de praktijken werd gevraagd naar vertrouwenspersonen voor medewerkers die discriminatie ervaren. De invulling verschilt: sommige praktijken hebben er geen (te klein), anderen hebben een interne vertrouwenspersoon (doktersassistent/praktijkmanager) of een externe. Twee respondenten wisten niet hoe dit geregeld was. Een interne vertrouwenspersoon kan een drempel vormen voor het melden van discriminatie-ervaringen.

“Soms kiezen praktijken ervoor dat iemand van de praktijk een vertrouwenspersoon is. Maar als collega voel je je dan soms niet helemaal comfortabel om het te melden, om je meer open en kwetsbaar op te stellen. Een vertrouwenspersoon zou eigenlijk extern moeten zijn.” [18]

5.2.5 Extra alertheid bij medewerkers uit minderheidsgroep

Een van de respondenten noemt in het gesprek dat ze bij de komst van een nieuwe medewerker met een migratieachtergrond binnen de praktijk extra alert zijn op mogelijke discriminatie vanuit patiënten. In gezamenlijke consulten werd hier extra op gelet.

“We waren alerter toen we een huisarts in opleiding met hoofddoek hadden: hoe valt dat in dit dorp, ze hebben nog nooit een dokter met hoofddoek gezien. De eerste consulten en visites lieten we op patiëntenreacties. Toen bleek dat mensen net zo met haar omgingen als met mij – haar adviezen even goed onthielden en even graag bij haar op spreekuur kwamen - zijn we relaxter geworden.” [15]

5.3 Adresseren van discriminatie in de praktijk

Adresseren gaat over het nemen van passende acties als er signalen zijn van discriminatie van een patiënt of medewerker. Voor het adresseren ofwel behandelen van discriminatie-ervaringen heeft geen van de praktijken van de huisartsen die wij spraken een aparte procedure. Er zijn wel in algemene zin manieren waarop men omgaat met klachten en vervelende situaties.

Rondom adresseren zijn vier thema's aan bod gekomen:

- Afhandeling volgens de klachtenprocedure,
- lering trekken uit meldingen,
- het aanspreken van collega's en
- het agressieprotocol.

5.3.1 Klachtenprocedure

De klachtenprocedures zijn weinig expliciet over de wijze waarop de klachtenafhandeling plaatsvindt (zie kader). De afhandeling van (discriminatie)-klachten vindt meestal plaats binnen de huisartspraktijk en de wijze waarop dit gebeurt is vaak afhankelijk van de persoon die het afhandelt, zonder vaste procedure. In veel gevallen wordt de klacht besproken met de praktijkhouder of arts. Nazorg is beperkt en niet structureel ingebed. Soms belt een klachtenfunctionaris de patiënt na, maar dit is geen standaardpraktijk.

Klachtenprocedure: afhandeling

Alle onderzochte huisartspraktijken hebben een algemene klachtenprocedure op hun website. De stappen zijn over het algemeen overal gelijk: eerst afhandeling in de eigen praktijk, dan door een onafhankelijke klachtenfunctionaris, uiteindelijk door een geschillencommissie. De onafhankelijke klachtenfunctionaris en de geschillencommissie worden beide op 14 van de 17 websites expliciet genoemd.

De interne afhandeling blijft vaak vaag ('proberen het samen op te lossen'), sommige praktijken benoemen wie het oppakt (interne klachtenfunctionaris, praktijkmanager). Eén praktijk beschrijft concreet: interne bespreking, onderzoeken wat er gebeurde, eventueel een dossiercheck en/of telefoongesprekken beluisteren.

"We proberen heel laagdrempelig te zijn, om het niet te hoog op te laten lopen, zodat het niet procedures worden op papier, met onbekende klachtfunctionarissen. Omdat we merken dat dat geen verbetering oplevert, maar alleen voor veel onrust zorgt bij alle betrokkenen. [...] Vaak is het genoeg om mensen hun verhaal te laten vertellen, goed te luisteren, en vanuit een ander perspectief ernaar te kijken." [4]

5.3.2 Lering trekken uit meldingen

Structurele evaluatie van klachten ontbreekt vaak. Veel meldingen worden als eenmalig voorval behandeld, waarbij niet verder gekeken wordt naar eventuele trends en bijpassende structurele oplossingen voor de toekomst. Sommige praktijken hebben een actieve klachtencommissie of bespreken klachten tijdens maatschapvergaderingen.

"Wij hebben gelukkig wel echt een actieve klachtencommissie. Die vergadert maandelijks. We bespreken de VIM meldingen, maar klachten van patiënten worden ook meegenomen. En daar discussiëren we wel heel erg uitgebreid over. En we hopen dan elke keer er wat uit te halen en het dan verder in het werk te kunnen inzetten." [6]

Meerdere respondenten geven aan dat incidenten aan de balie of in de spreekkamer vaak wel informeel aan de koffietafel met elkaar besproken worden, om te delen en om samen van te leren. Een van de respondenten oppert om discriminatie eens als thema te nemen voor casuïstiekbesprekingen.

5.3.3 Aanspreken collega's

Sommige huisartsen die we spraken signaleren wel eens discriminerend gedrag bij collega's, maar lang niet altijd doen zij daar iets mee. Voor medewerkers die zelf tot een minderheidsgroep behoren gelden daarbij extra drempels — ook wanneer het gaat om discriminerende opmerkingen van patiënten naar henzelf. Zoals het citaat hieronder illustreert, worden zulke opmerkingen door collega's vaak genormaliseerd of afgedaan als grapje, wat het aankaarten ervan bemoeilijkt. Dit sluit aan bij eerder kwalitatief onderzoek waaruit blijkt dat zorgmedewerkers discriminerende uitingen van patiënten regelmatig normaliseren of als 'onderdeel van het werk' beschouwen, wat de meldingsbereidheid verlaagt (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021).

“Als je tot een minderheidsgroep behoort, pas je je vaak aan. Je krijgt zoveel opmerkingen dat je denkt: laat maar. Het zorgt vaak alleen maar voor gedoe. Want als je er iets van zegt, wordt het niet altijd serieus genomen. Dan wordt het afgedaan als grapje, of als: “Je hebt lange tenen.” Of: “Ach, je weet toch hoe patiënten zijn.” Of: “Zo is die collega gewoon.” Het wordt vaak vergoelijkt. “ [18]

5.3.4 Agressieprotocol

In een aantal gesprekken wordt het agressieprotocol genoemd als instrument dat ook bij discriminatie-incidenten houvast kan bieden. Dit protocol — dat de LHV heeft ontwikkeld als leidraad voor omgaan met agressief gedrag van patiënten richting praktijkmedewerkers — beschrijft hoe je als praktijk agressie kunt herkennen, voorkomen en aanpakken. Het protocol is niet specifiek gericht op discriminatie, maar omdat discriminerend gedrag van patiënten richting medewerkers er wel onder kan vallen, biedt het praktische handvatten: hoe voer je het gesprek aan met een patiënt, welke stappen zet je, en wanneer zijn verdere maatregelen gerechtvaardigd?

5.4 Preventie van discriminatie in de praktijk

Preventie gaat over het treffen van maatregelen om discriminatie en ongelijke behandeling van patiënten en medewerkers te voorkomen. De praktijken hanteren verschillende maatregelen voor gelijke behandeling, onderverdeeld in drie thema's:

1. Beleid en bewustwording
2. Toegankelijke zorgverlening
3. Inclusieve werkwijzen

5.4.1 Beleid en bewustwording

In de gesprekken zijn gedragscodes, (na)scholing en personeelsbeleid ter sprake gekomen. De meeste praktijken hebben algemene huisregels of een gedragscode over omgangsvormen. De meeste respondenten vinden het vanzelfsprekend dat er respectvol met elkaar wordt omgegaan en dat zij daarin een voorbeeldfunctie hebben.

"Met respect voor elkaar omgaan is het algemene uitgangspunt" en "We accepteren elkaar met onze verschillen. We gaan respectvol met elkaar om en beledigen elkaar niet", "U mag een ander niet hinderen, intimideren, verbaal of non-verbaal bedreigen, afpersen en dreigend en grof taalgebruik kan worden opgevat als intimideren gedrag." [1]

Toch wordt dit niet altijd expliciet uitgedragen op bijvoorbeeld de website van de praktijk of in de wachtkamer. Door enkele respondenten worden er vraagtekens gezet of een formeel document of statement zou helpen in het voorkomen van discriminatie.

Aan de andere kant wordt benadrukt dat het expliciet uitdragen van een gedragsnorm bijdraagt aan bewustwording hierover. Wanneer het een terugkerend thema is, wordt het makkelijker om het bespreekbaar te maken en om elkaar erop aan te spreken.

Discriminatie is ook geen onderwerp van trainingen of nascholing. Als er al een training over is gevolgd, is dat ad hoc en afhankelijk van individueel initiatief. Enkele respondenten tonen interesse in verdere ontwikkelingen op dit vlak.

Sommige respondenten zien de waarde in van een divers personeelsbestand om patiënten beter te bedienen of de maatschappij te weerspiegelen. In de praktijk speelt diversiteit bij werving nauwelijks een rol, vooral ook door de krappe arbeidsmarkt in de zorg. Tegelijkertijd erkennen respondenten dat onbewuste voorkeuren en aannames invloed kunnen hebben op het selectieproces.

"bijvoorbeeld bij die huisarts in opleiding... ben je sneller geneigd om iemand die een beetje op je lijkt, hoger te ranken." [15]

5.4.2 Toegankelijkheid zorgverlening

Rond het thema toegankelijkheid van de zorgverlening is fysieke toegankelijkheid, de inzet van tolken en de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten aan bod gekomen.

Rond fysieke toegankelijkheid zijn preventieve maatregelen het meest zichtbaar. Veel respondenten geven aan dat in hun praktijk aandacht is voor de fysieke toegankelijkheid van de praktijk. Huisartsen benoemen hierbij dat hun praktijk rolstoeltoegankelijk is en dat er voorzieningen zijn voor mensen met een beperking. Daarnaast bieden praktijken flexibele oplossingen en er wordt continu gewerkt aan verbeteringen.

"Bij ons in de praktijk wordt er wel eens geklaagd dat er geen elektrische deur is... Dus hebben we besloten om er een bordje bij te hangen... zodat het voor iedereen duidelijk is dat je daar gewoon ook mag aanbellen." [3]

Wanneer het echter over de toegankelijkheid van zorg voor anderstaligen gaat, zijn er grote verschillen tussen praktijken. Sommige praktijken noteren systematisch taalbehoeften in dossiers van patiënten of specifieke achtergronden zoals

vluchtelingenstatus of beheerste talen. Tolken worden meestal niet structureel ingezet en er is geen landelijk beleid. In de interviews geven meerdere huisartsen aan dat zij ad hoc bekijken of een tolk nodig is, soms zoeken ze creatieve oplossingen zoals vertaalapps. Het komt ook voor dat patiënten zelf iemand meenemen voor vertaling; dit leidt soms tot moeizame gesprekken waarbij “... *ze met handen en voeten proberen te communiceren.*” [3]

De inzet van een tolk kan ook voor weerstand zorgen bij patiënten: ze voelen zich beledigd of zien een tolk als inbreuk op het persoonlijke gesprek.

“Want je hebt vaak een gesprek met z’n tweeën, en dan komt er een vreemd iemand, een tolk bij.” [1]

Er is brede consensus dat wederzijds begrip essentieel is in de huisartsenzorg en dat taal daarbij cruciaal is. Consulten met anderstalige patiënten nemen vaak meer tijd in beslag – bijvoorbeeld vanwege het regelen van een tolk of de extra inspanning die nodig is om elkaar goed te begrijpen. In de standaardvergoeding voor consulten wordt hier echter geen rekening mee gehouden, wat het risico op ongelijke zorg vergroot.

De toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten wordt hier apart genoemd. Er zijn signalen dat arbeidsmigranten niet gemakkelijk een plek vinden bij een huisarts. Genoemd is dat hier wellicht een verdeling over praktijken kan worden afgesproken.

“Heel veel praktijken zitten vol. Ja, ik zit ook vol, maar toch neem ik ze (arbeidsmigranten) aan omdat ik vind dat iedereen recht heeft op een huisarts. Toen de Oekraïners kwamen, werden die allemaal verspreid. En nieuwe asielzoekers zijn ook verdeeld over de huisartsen. En dan denk ik waarom wordt dat niet ook voor de arbeidsmigranten gedaan? Dat is nog een kwetsbaardere groep eigenlijk. [...] En als je dan niet mondig genoeg bent, de taal niet spreekt, niet weet hoe het werkt. Dan kom je gewoon nergens binnen.” [9]

5.4.3 Inclusieve werkwijzen

In de gesprekken kwamen thema’s aan bod rond inclusieve formulieren, richtlijnen en instrumenten, maar ging het ook over inclusief en cultuursensitief werken in bredere zin.

Geen enkele praktijk kijkt structureel naar de inclusiviteit van formulieren, richtlijnen en instrumenten.

“Ik heb daar nooit bewust naar gekeken [...]. Aanpassingen in het HIS, Huisartseninformatiesysteem, dat kan je niet aan huisartsen individueel vragen. Dat moet van bovenaf gebeuren.” [5]

Maar praktijken passen formulieren wel aan wanneer daar aanleiding voor is. Dat komt niet voort uit breder beleid, maar is vrijwel altijd reactief naar aanleiding van een opmerking van een patiënt of collega. Vaak gaat het dan om genderneutrale aanduidingen.

Maar ook in het schrijven van verwijsbrieven kan (onbewuste) bias voorkomen worden:

"Als ik een verwijsbrief maak... dan haal ik de psychische problemen zoals borderline er vaak uit... Daar probeer ik wel op te letten zodat iemand... een eerlijke kans krijgt." [5]

In sommige richtlijnen wordt rekening gehouden met etnische achtergrond waar dit medisch relevant is. Een respondent legt uit:

"Een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld hoge bloeddruk komt bij zwarte mensen wel vaak naar voren. Een bepaald medicament is bijvoorbeeld beter voor hen. [...] Ik denk niet dat het discriminerend is... in een negatieve zin." [6]

Aan de andere kant lijken sommige richtlijnen achterhaald en werken ze discriminatie in de hand.

Rekening houden met verschillende kenmerken van patiënten vormt de kern van het huisarts-zijn. Dit sluit aan bij cultuursensitieve zorg. Cultuursensitieve zorg houdt in dat zorgverleners rekening houden met culturele achtergronden en gebruiken, waardoor patiënten zich beter begrepen voelen en hun behoeften duidelijker kunnen communiceren. Dit bevordert de kwaliteit van zorg voor iedereen. In de gesprekken kwamen verschillende concrete voorbeelden van zo'n inclusieve houding aan bod. De huisartsen die deze voorbeelden gaven, zien dit meestal als onderdeel van hun professionele basishouding en competenties.

"Diabetes en Ramadan bespreken, weten hoe dat werkt. Nou ja, dat beschouw ik wel als standaard huisartsenzorg." [17]

Naast cultuursensitief werken in direct contact tussen zorgverlener en patiënt, zijn er ook andere voorbeelden gegeven om de praktijk meer inclusief te maken, zoals een scholing van assistentes om de triage in het Engels te kunnen doen indien nodig, het organiseren van een keti-koti-dialogtafel en het plaatsen van een regenboog-symbool op de website om aan te geven dat de praktijk gendersensitieve zorg wil leveren. Tenslotte is in een praktijk de bewegwijzering in het pand aangepast met het oog op laaggeletterden.

"We hebben bijvoorbeeld ook op onze website zo'n regenboog teken gezet, dat we openstaan voor en dat we gender sensitieve zorg proberen te leveren." [...] "We hebben ook gemerkt dat er mensen zijn die daar echt wel op afkomen, dat die om die reden dan graag bij ons komen." [17]

5.5 Belang van beleid en belemmeringen daarvoor

Alle huisartsen onderschrijven dat gelijke behandeling hoort bij het vak van de huisarts.

"Je beoefent het vak en dat is ongeacht hoe iemand heet, wat voor kleur die heeft of wat voor taal die spreekt." [2] en "Dit is zo ingebakken vanuit de geneeskunde opleiding." [1]

Maar de meningen verschillen over het belang van antidiscriminatie *beleid* binnen de huisartsenpraktijk, gericht op het signaleren, adresseren en voorkómen van discriminatie, al dan niet formeel vastgelegd. Sommige huisartsen vinden het niet nodig, anderen vinden het juist wel belangrijk en anderen geven aan het wel belangrijk te vinden, maar dan liefst niet (alleen) op papier. In de gesprekken kwamen verschillende redenen naar voren waarom huisartsen antidiscriminatiebeleid belangrijk vinden:

- Het leidt tot meer bewustzijn over dit onderwerp binnen praktijken en brengt het gesprek op gang: wat is discriminatie en wat kunnen we doen om het te voorkómen of het risico erop te verkleinen?
- Het geeft handelingsperspectief. Dat iedereen weet wat de stappen zijn.
- Het zorgt voor eenduidigheid in handelen binnen een praktijk, of binnen een groep praktijken (bijvoorbeeld rondom de tolkentelefoon).
- Huisartsen kunnen door hun rol en positie binnen de samenleving een voorbeeldrol vervullen op dit vlak.

5.5.3 Belemmerende factoren voor antidiscriminatiebeleid

Ondanks de bereidheid om patiënten gelijkwaardig te behandelen, bestaan er structurele obstakels die de implementatie van antidiscriminatiebeleid bemoeilijken. Uit de interviews komen vijf hoofdbarrières naar voren:

1. Een fundamentele barrière vormt het **gebrek aan bewustzijn** over discriminatie in de eigen praktijk. Sommige huisartsen die we hebben gesproken ontkennen dat discriminatie een probleem vormt met uitspraken als "discriminatie is geen issue, het is vanzelfsprekend dat we niet discrimineren. We gaan hier al goed mee om." Discriminatie in de dagelijkse praktijk wordt daardoor vaak niet herkend, en zonder bewustzijn van potentiële discriminatie is er geen noodzaak voor beleidsontwikkeling.

"Als je hier zou vragen: hoe zit het met discriminatie, dan kijken mensen je glazig aan. Met bewustwording valt veel te halen." [4]

"Wij zijn bevoorrecht, dus je weet niet hoe discriminatie voelt." [6]

2. Sommige huisartsen gaven aan tijdens hun opleiding weinig aandacht besteed te hebben aan diversiteit en discriminatie. Hierdoor ontbreekt het soms aan **kennis** en handelingsvaardigheid in de omgang met diverse patiëntengroepen. Niet alle huisartsen beschikken over voldoende inzicht in verschillende culturele achtergronden en sociale omstandigheden die van invloed zijn op gezondheid van patiënten.

"Veel collega's weten niet eens dat die mensen [arbeidsmigranten] met tien tot vijftien mannen in een klein flatje wonen, terwijl dat zoveel uitmaakt voor de gezondheid" [9].

Er ontbreekt ook kennis over discriminatie zelf - wat het inhoudt, hoe je het herkent en hoe je het aanpakt.

"We zijn ons bewust van het risico op ongelijke bejegening, maar zoeken nog naar manieren om dat concreet aan te pakken. Tot nu toe blijft het vooral bij bewustwording en bespreekbaar maken in het team." [14]

Het gebrek aan kennis over discriminatie en inclusie belemmert de interne aanspreekcultuur. Door onzekerheid en een beperkte taal om dergelijke situaties te benoemen, blijven kleine incidenten vaak onbesproken en ongecorrigeerd.

3. Sommige huisartsen ervaren **protocolmoetheid** door de vele bestaande richtlijnen. Er bestaat weerstand tegen nieuwe protocollen, omdat deze vaak niet worden gelezen en als bureaucratische last worden ervaren. Het wordt gezien als administratieve last zonder praktische waarde ('weer een vinkje').
4. De **hoge werkdruk** in de huisartspraktijk maakt dat extra thema's geen prioriteit krijgen. Beleid hangt vaak af van gemotiveerde individuen. Wanneer deze wegvallen, verdwijnt de aandacht voor het onderwerp.

"Veel huisartsen verzuipen in de dingen die van ze worden gevraagd buiten de patiëntenzorg om." [5]

"Weet je, ik snap het wel. Als je een overvolle praktijk hebt, is er weinig ruimte voor dit soort onderwerpen." [9]

5. **Beperkte financiële middelen** zorgen ervoor dat er geen ruimte is om zelf met het thema aan de slag te gaan. Met name de inzet van tolken wordt in sommige praktijken beperkt omdat de kosten niet volledig worden vergoed, of omdat het ingewikkeld is om die vergoeding te krijgen. Daarnaast geven huisartsen ook aan dat de beperkte tijd per consult het soms moeilijk maakt om inclusieve zorg te bieden. Bovendien is bekend dat het onder tijdsdruk lastiger is om op eigen vooroordelen te reflecteren en deze te corrigeren.

"We hebben 10 minuten per patiënt eigenlijk. Dat is een consult, daar krijg je ongeveer €10 voor, 20 minuten is €20 en alle tijd die je daarboven extra kwijt bent, krijg je niet betaald. Dat is natuurlijk een vorm van discriminatie, want ik moet een tolk bij anderstaligen gebruiken. De communicatie is dan sowieso moeilijker. Je moet voorzichtiger zijn. Meer vragen stellen bij cultuurverschillen of herkomst. Dat kost allemaal ongelooflijk veel tijd. Mensen weten de weg niet, die moet je dan helpen. Dat wordt dus allemaal niet betaald." [18]

5.6 Suggesties voor verbetering

Wat kan huisartsen helpen of stimuleren om een (steviger) antidiscriminatiebeleid in de eigen praktijk neer te zetten? In de interviews en focusgroep werden hiervoor verschillende suggesties aangedragen voor praktijken, beroepsorganisaties en de overheid.

5.6.3 Praktijkniveau

- **Structurele maatregelen.** Praktijken kunnen expliciete normstelling invoeren door onder meer antidiscriminatie expliciet te benoemen als grond voor klachten, gekoppeld aan een helder klachtenproces. Praktijken kunnen laagdrempelig signalen van patiënten verzamelen, bijvoorbeeld via een anonieme ideeënbus. Het aanstellen van een aandachtsfunctionaris binnen de praktijk ondersteunt deze structurele aanpak.
- **Cultuurverandering en teamaanpak.** Een open cultuur waarin discriminatie bespreekbaar wordt gemaakt, vereist een gezamenlijke teamgerichte aanpak.

"Iedereen moet daarin worden meegenomen, ook de assistenten" [6]. "Ruimte om discriminatie te benoemen en erover te praten biedt opluchting." [12]

- **Bewustwording en scholing.** Verschillende respondenten benadrukken het belang van meer aandacht voor dit thema in de basisopleiding en het aanbieden van korte, praktijkgerichte trainingen.
- **Praktische implementatie.** De aanpak hoeft niet complex te beginnen.

"Begin klein. Zet het thema eens op de agenda in een teamoverleg. Het hoeft geen cursus van zes uur te zijn; het zit ook in kleine dingen: hoe verwelkom je iemand aan de balie, hoe reageer je op een opmerking?" [18]

Ook kunnen bestaande procedures worden benut, zoals het behandelen van discriminatieklachten via de VIM-procedure en het integreren van het thema in periodieke teamcoaching.

5.6.4 Ondersteuning door beroepsorganisaties

- **Praktische hulpmiddelen ontwikkelen.** Regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en de LHV kunnen trainingen en formats aanbieden en bijeenkomsten organiseren over dit thema. De NHG kan zorgdragen voor inclusieve richtlijnen, formulieren en protocollen. Voor kleine praktijken is externe ondersteuning cruciaal.

"Voor een kleine praktijk is formeel beleid lastig... Dat zou dan extern moeten worden geregeld... Een externe begeleider zou beter zijn dan iemand uit de praktijk zelf." [16]

Praktijken hebben behoefte aan direct toepasbare handvatten zoals stappenplannen, voorbeelden van gedragscodes en materiaal voor wachtkamers. Een concrete suggestie is om symbolen of logo's te ontwikkelen waarmee praktijken de norm van antidiscriminatie zichtbaar kunnen uitdragen.

"Als je een stappenplan hebt in begrijpelijke taal, hoeft niet iedereen zelf het wiel uit te vinden. Begin met een korte uitleg over: wat verstaan we onder discriminatie in de zorgcontext? Daarna: wat zijn signalen dat het speelt in je praktijk? En hoe herken je dat bij patiënten of binnen het team? Vervolgens: wat kun je doen als het gebeurt? Welke stappen zet je, met wie bespreek je het? En tot slot: hoe zorg je dat het thema levend blijft?" [18]

- **Scholing en training verankeren.** Bewustwording moet plaatsvinden in zowel de basisopleiding als nascholing en teamtrainingen. Vrijblijvendheid werkt niet; integratie in accreditatie of verplichte scholing kan borging bieden. Ook communicatietraining voor assistenten is relevant.

"We weten niks van wat een asielzoeker of arbeidsmigrant meemaakt. Daar zou scholing over moeten gaan." [9]

- **Uitwisseling faciliteren.** RHO's en beroepsorganisaties kunnen structurele uitwisseling tussen praktijken organiseren via bijeenkomsten of leerkringen. Een RHO kan ook een rol spelen in bewustwording. Bijvoorbeeld jaarlijks tijdens een regionale bijeenkomst met alle huisartsen een kwartiertje hiervoor reserveren om ervaringen uit te wisselen.
- **Normalisering van inclusieve zorg.** Anti-discriminatie moet genormaliseerd worden als vanzelfsprekend onderdeel van kwaliteitszorg. Alle betrokken organisaties hebben de taak om inclusieve zorg na te streven in taal en gedrag, waarbij geleerd en gereflecteerd kan worden.

"Inclusieve zorg is geen luxe. Het is een basisvoorwaarde voor kwaliteit in de zorg... het hoort bij goede zorg. Net als hygiëne, communicatie en samenwerking." [18]

5.6.5 Overheidsmaatregelen en systeemniveau-interventie

- **Toegang verbeteren voor arbeidsmigranten.** Betere overheidscommunicatie richting arbeidsmigranten en begeleiding bij het vinden van en inschrijven bij een huisarts is nodig. Bij grote groepen arbeidsmigranten zijn regionale afspraken over spreiding over huisartspraktijken gewenst, vergelijkbaar met de aanpak voor Oekraïense vluchtelingen.
- **Structurele vergoeding tolkenvoorzieningen.** Voor de inzet van tolken bestaat in sommige regio's een financiële drempel die weggenomen moet worden door structurele vergoeding.

- **Integratie in kwaliteitskaders.** Inclusieve zorg kan onderdeel worden van kwaliteits- en accreditatiekaders. Dit vereist wel dat er eerst concrete en toepasbare handvatten worden ontwikkeld. Dat biedt ook mogelijkheden voor monitoring en evaluatie.

"Je zou in de accreditatie van een huisartsenpraktijk dit soort trainingen verplicht kunnen stellen. Eens in de zoveel jaar wordt je praktijk gecheckt; en als dit ook een aandachtspunt is, dan: heb je hier aandacht voor?" [6]

5.7 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat huisartsenpraktijken **nog geen uitgewerkt of formeel antidiscriminatiebeleid** hebben. In vrijwel alle praktijken zijn wel algemene regelingen aanwezig – zoals een klachtenprocedure of VIM-systeem – die ook voor situaties van discriminatie gebruikt kunnen worden. Toch worden deze procedures niet specifiek ingezet of herkend als instrumenten tegen discriminatie, waardoor het beleid in de praktijk vooral impliciet en persoonsafhankelijk blijft.

Uit de gesprekken blijkt dat huisartsen zich bewust zijn van het belang van gelijke behandeling. Tegelijkertijd lopen de percepties over de mate waarin discriminatie voorkomt sterk uiteen. Sommige huisartsen melden incidentele ervaringen, anderen zien het als terugkerend onderdeel van de dagelijkse praktijk. Er is geen systematische registratie, waardoor het zicht op discriminatie beperkt blijft en onderrapportage waarschijnlijk groot is. Dit gebrek aan zicht verkleint ook de urgentie om beleid te ontwikkelen.

Het belang van antidiscriminatiebeleid wordt door huisartsen wel degelijk gezien. Zij benadrukken dat beleid kan bijdragen aan bewustwording, een gezamenlijke norm binnen het team, eenduidigheid in handelen en een heldere route wanneer zich incidenten voordoen. Ook de voorbeeldrol van de huisarts in de maatschappij wordt genoemd. Tegelijk bestaan er twijfels over de meerwaarde van formele protocollen, mede door de al grote hoeveelheid richtlijnen en de vrees dat beleid verwordt tot een administratieve verplichting in plaats van een praktisch hulpmiddel.

Een aantal **structurele factoren belemmert** de ontwikkeling van stevig beleid. Een deel van de huisartsen herkent (onbewuste) discriminatie onvoldoende in de eigen praktijk, mede door beperkte aandacht voor diversiteit in opleiding en (na)scholing. Geschikte taal en handelingsperspectief ontbreken soms, waardoor incidenten niet worden benoemd of besproken. Daarnaast spelen werkdruk, tijdsgebrek en financiële beperkingen – vooral rond tolkengebruik – een rol. Deze factoren maken dat het onderwerp wel wordt erkend, maar zelden prioriteit krijgt.

Tegelijk zijn er duidelijke **aanknopingspunten voor versterking**. Huisartsen noemen laagdrempelige manieren om te beginnen, zoals het agenderen van het thema in teamoverleg, casuïstiekbesprekingen en het creëren van een open cultuur waarin ervaringen gedeeld kunnen worden. Ook blijkt behoefte aan concrete, praktisch toepasbare materialen (zoals stappenplannen, voorbeelden van beleid en zichtbare symbolen), aan kortdurende en praktijkgerichte scholing, en aan ondersteuning door RHO's, LHV en NHG. Deze organisaties kunnen een belangrijke rol spelen in normstelling, het ontwikkelen van handvatten en het borgen van aandacht voor dit onderwerp in kwaliteits- en accreditatiekaders.

Samenvattend laat dit hoofdstuk zien dat er binnen huisartsenpraktijken bereidheid en basiselementen aanwezig zijn om discriminatie beter te signaleren, adresseren en voorkomen, maar dat deze nog onvoldoende zijn vertaald naar structureel beleid en een gedeelde aanpak. De resultaten wijzen op zowel de urgentie als de mogelijkheid om beleid verder te ontwikkelen, mits huisartsen worden ondersteund met duidelijke handvatten, scholing en systeemmaatregelen. In hoofdstuk 7 worden deze bevindingen samengebracht en vertaald naar overkoepelende conclusies en aanbevelingen.

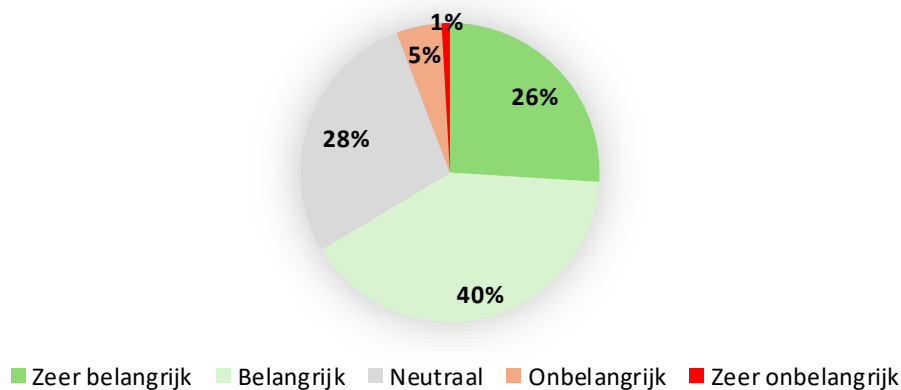
6. Resultaten enquête

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de enquête onder 958 huisartsenpraktijken, uitgevoerd in het najaar van 2025. De enquête onderzocht het belang dat praktijken hechten aan antidiscriminatiebeleid, de mate waarin beleid aanwezig is, welke maatregelen worden getroffen, en welke ondersteuning gewenst is (zie Bijlage 6 voor de enquêtevragen).

6.1 Belang van antidiscriminatiebeleid

Een grote meerderheid van de respondenten, namelijk 66%, vindt antidiscriminatiebeleid (zeer) belangrijk. Slechts 6% vindt het (zeer) onbelangrijk, terwijl 28% neutraal staat tegenover het hebben van antidiscriminatiebeleid (figuur 3). Dit beeld komt grotendeels overeen met wat uit de interviews naar voren kwam: huisartsen onderschrijven het belang van gelijke behandeling, maar het belang van formeel beleid wordt wisselend ingeschat.

Figuur 3. Belang van beleid voor tegengaan discriminatie (N=958)

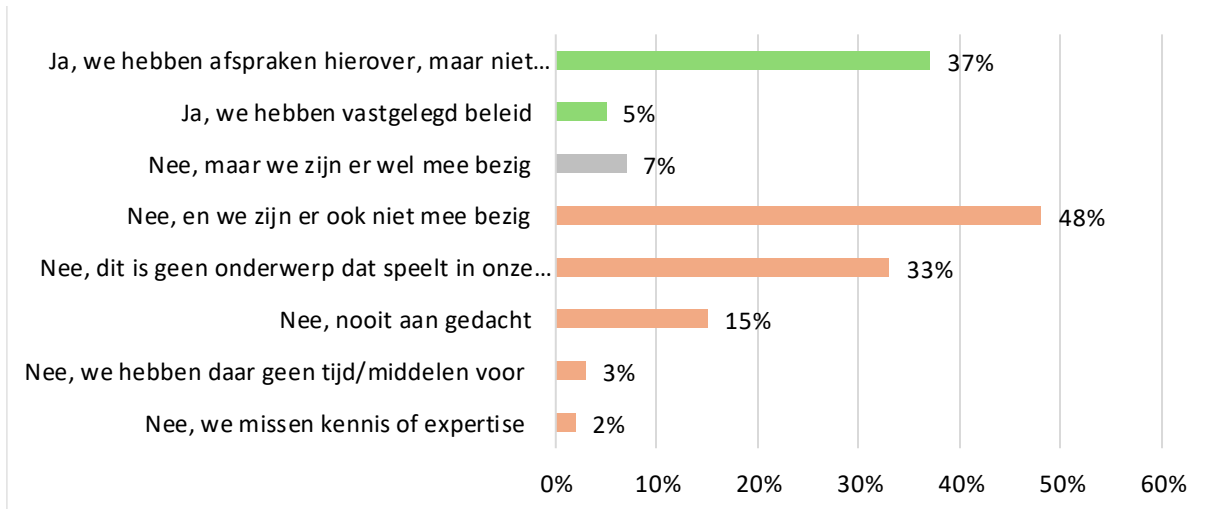


6.2 Aanwezigheid en afwezigheid van antidiscriminatiebeleid

Respondenten konden bij de vraag of hun huisartsenpraktijk beleid heeft om discriminatie te voorkomen en tegen te gaan, meerdere antwoorden aanvinken (figuur 4). Bijna de helft (48%) van alle respondenten geeft aan geen beleid te hebben en daar ook niet mee bezig te zijn. Van de respondenten geeft 37% aan mondelinge afspraken te hebben en 5% geeft aan schriftelijk beleid te hebben. Daarmee geeft in totaal 42% van de huisartsen aan dat zij antidiscriminatiebeleid hebben, hetzij mondeling hetzij schriftelijk. Nog eens 7% is bezig met het ontwikkelen van dergelijk beleid.

Een derde van de praktijken geeft aan dat discriminatie geen onderwerp is dat speelt in hun praktijk; 15% zegt er nooit aan gedacht te hebben. Slechts een klein deel noemt het ontbreken van voldoende middelen (3%) of kennis (2%) als reden voor het (mede) ontbreken van antidiscriminatiebeleid (figuur 4).

Figuur 4. Heeft uw huisartsenpraktijk momenteel een beleid om discriminatie te voorkomen en tegen te gaan (meerdere antwoorden mogelijk)? (N=958)



De toelichtingen bij de antwoordoptie 'Anders, namelijk...' (N=43; 4%) illustreren en nuanceren deze cijfers. Zo blijkt achter het antwoord "dit is geen onderwerp dat speelt in onze praktijk" vaak de overtuiging te schuilen dat non-discriminatie **vanzelfsprekend** is: "*Het zit in het DNA van de praktijk*", "*algemene normen waarde*".

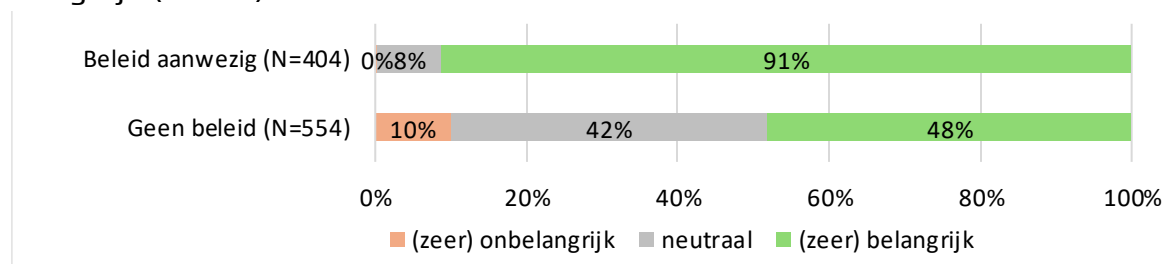
Een ander terugkerend thema is **protocolmoeheid**. Een deel van de respondenten ziet beleid als bureaucratische last zonder toegevoegde waarde: "*kost alleen maar tijd*", "*geen meerwaarde van papieren protocol*". Tegelijk geven velen aan het onderwerp wel informeel te adresseren: "*klein team, bespreken incidenten*", "*grijp persoonlijk in*".

Een kleiner deel erkent dat het mogelijk een **blinde vlek** vormt: "*Misschien denken we dat het niet speelt en dat is eigenlijk niet goed*".

Anderen zien discriminatie niet als specifieke **taak van de huisarts**: "*Dit is een algemeen maatschappelijk punt*". Een beperkt bewustzijn over mogelijke discriminatie in de eigen praktijk kan een belemmering vormen voor beleidsontwikkeling, zoals ook in de interviews naar voren kwam.

Van de praktijken die aangeven antidiscriminatiebeleid te hebben, vindt vrijwel iedereen (91%) dit (zeer) belangrijk. Opvallend is dat ook onder praktijken zonder antidiscriminatiebeleid bijna de helft (48%) het hebben van dergelijk beleid (zeer) belangrijk vindt (figuur 5). Dit zou kunnen aansluiten bij wat uit de open antwoorden naar voren komt: veel huisartsen beschouwen gelijke behandeling als vanzelfsprekend en menen dat dit geen formeel beleid vereist.

Figuur 5. Belang van antidiscriminatiebeleid en het hebben van beleid of daar mee bezig zijn (N=958)

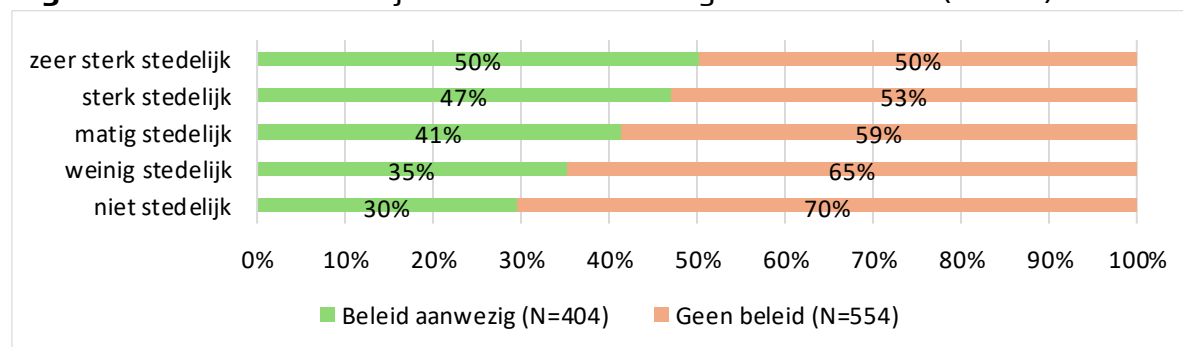


$\chi^2 = 197,61$, $df = 2$, $p < 0,001$

Tot slot is gekeken naar de relatie tussen stedelijkheid en de aanwezigheid van antidiscriminatiebeleid (figuur 6). Hoe stedelijker het gebied, hoe vaker de praktijk aangeeft antidiscriminatiebeleid te hebben. In de meest stedelijke gebieden geeft 50% van de huisartsen aan antidiscriminatiebeleid te hebben, terwijl dat in niet stedelijk gebied 30% is.

Dit verband hangt waarschijnlijk samen met een meer diverse patiëntenpopulatie in stedelijke gebieden, waardoor discriminatie zichtbaarder en urgenter wordt ervaren. In de enquête schrijft een respondent: *“Discriminatie speelt in deze praktijk geen rol. Misschien ook omdat het een kleine plattelandspraktijk is en geen stadspraktijk”*. Ook uit de interviews blijkt dat huisartsen met een diverse patiëntenpopulatie vaker aandacht besteden aan dit thema.

Figuur 6. Mate van stedelijkheid en de aanwezigheid van beleid (N=958)

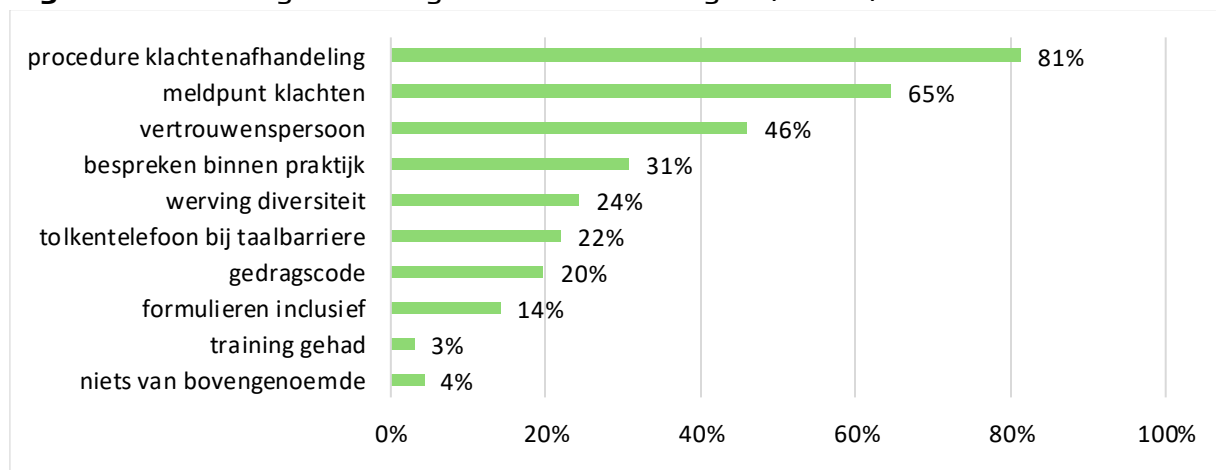


$\chi^2 = 20,53$, $df = 4$, $p < 0,001$

6.3 Aanwezige maatregelen en voorzieningen

Hoewel antidiscriminatiebeleid vaak ontbreekt, heeft een groot deel van de praktijken wel voorzieningen getroffen. In de enquête konden respondenten negen concrete maatregelen aanvinken (figuur 7). Het overgrote deel van de praktijken (81%) zegt een procedure voor klachtenafhandeling te hebben en bijna twee derde (65%) geeft aan een meldpunt voor klachten te hebben. Iets minder dan de helft (46%) heeft een vertrouwenspersoon. Bij ongeveer een derde (31%) van de praktijken wordt discriminatie binnen het team besproken. De overige maatregelen (diversiteit meenemen bij de werving van personeel 24%, tolkentelefoon bij taalbarrière 22%, gedragscode 20%, inclusieve formulieren 14% en training 3%) worden aanzienlijk minder vaak genoemd. Tot slot geeft 4% aan geen van de bovengenoemde maatregelen te hebben.

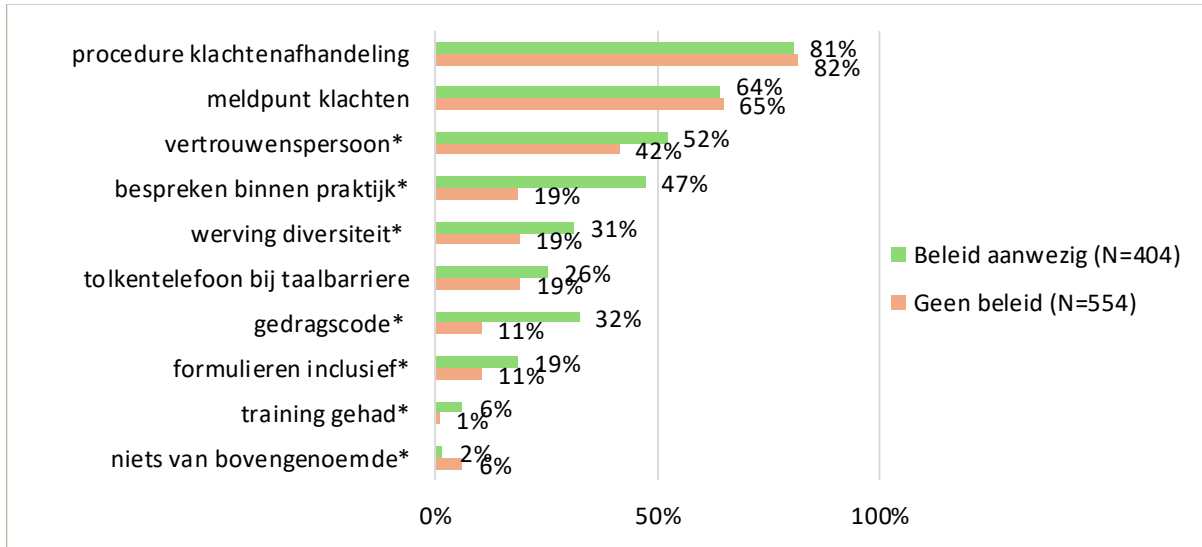
Figuur 7. Aanwezige maatregelen en voorzieningen (N=958)



Wanneer praktijken met en zonder antidiscriminatiebeleid worden vergeleken (figuur 8), valt op dat voor sommige maatregelen nauwelijks verschil bestaat. Bij zowel een procedure voor klachtenafhandeling als de aanwezigheid van een meldpunt scoren beide groepen vergelijkbaar. Voor de overige maatregelen geldt dat deze vrijwel allemaal vaker voorkomen bij praktijken met beleid.

Dat neemt echter niet weg dat ook praktijken die aangeven geen beleid te hebben, verschillende maatregelen rapporteren. Dit zou erop kunnen wijzen dat sommige praktijken wel degelijk beleidsmaatregelen hebben geïmplementeerd, maar deze niet als beleid herkennen of benoemen.

Figuur 8. Preventieve maatregelen voor praktijken met en zonder beleid (N=958)



*p < 0,001

Het grote verschil tussen praktijken met en zonder beleid wordt met name zichtbaar bij maatregelen die discriminatie expliciet adresseren. Het bespreken van discriminatie binnen de praktijk doet 47% van de praktijken met beleid, tegenover 19% zonder beleid. Een gedragscode met aandacht voor gelijke behandeling zegt 32% van de praktijken met beleid te hebben tegenover 11% van de praktijken zonder beleid.

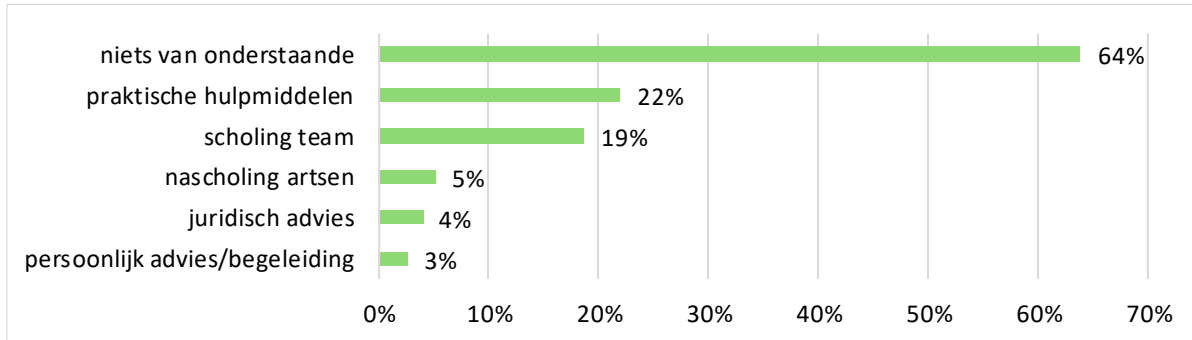
Training en scholing worden weinig genoemd, ook bij praktijken met beleid. Slechts 5% van de praktijken met beleid geeft aan in de afgelopen twee jaar een teamtraining over discriminatie te hebben gehad, tegenover 1% van de praktijken zonder beleid.

6.4 Behoeftte aan ondersteuning

Bij de vraag welke ondersteuning gewenst zou zijn bij het ontwikkelen en versterken van antidiscriminatiebeleid, konden respondenten meerdere antwoorden selecteren. De resultaten zijn te zien in figuur 9.

Een meerderheid van de praktijken (64%) geeft aan geen ondersteuning nodig te hebben bij de ontwikkeling of versterking van antidiscriminatiebeleid. Praktische hulpmiddelen (22%) en scholing van het team (19%) worden het vaakst genoemd. De behoefte aan nascholing artsen (5%), juridisch advies (4%) en persoonlijk advies (3%) worden nauwelijks genoemd.

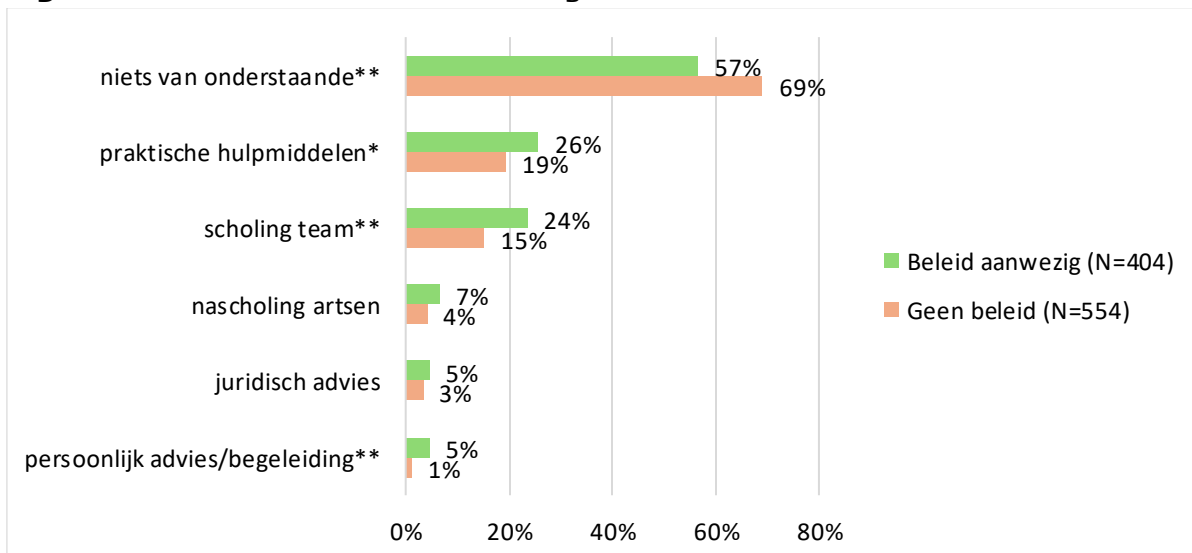
Figuur 9. Behoeftte aan ondersteuning (N=958)



De open antwoorden bij de antwoordoptie 'Anders, namelijk...' (N=14; 1%) leveren geen andere maatregelen op. Wel wordt daarin de behoefte uitgesproken aan meer helderheid en beleid rond de mogelijkheden en belemmeringen bij het gebruik van de tolkentelefoon.

In figuur 10 wordt de ondersteuningsbehoefte tussen praktijken met en zonder beleid vergeleken. Praktijken die aangeven al antidiscriminatiebeleid te hebben, uiten vaker de behoefte aan ondersteuning dan praktijken zonder beleid (69% versus 57%).

Figuur 10. Behoeftte aan ondersteuning (N=958)



**p < 0,001 *p<0,05

Dit verschil is ook zichtbaar bij de gewenste vormen van ondersteuning. Van de praktijken met beleid geeft 26% aan praktische hulpmiddelen te wensen tegenover 19% van de praktijken zonder beleid. Teamscholing wordt door 24% van de praktijken met beleid gewenst en door 15% zonder beleid. Hoewel bij persoonlijk advies een

verschil bestaat (5% versus 1%), is de ondersteuningsbehoefte – net als bij nascholing (7% versus 4%) en juridisch advies (5% versus 3%) – in beide groepen laag.

6.5 Conclusie

De enquêteresultaten bevestigen en kwantificeren het beeld uit de interviews. Hoewel twee derde van de praktijken (66%) antidiscriminatiebeleid (zeer) belangrijk vindt, heeft slechts 5% dit vastgelegd. Daarnaast geeft 37% aan mondelinge afspraken te hebben en geeft 7% aan er mee bezig te zijn. Bijna de helft (48%) van de praktijken geeft aan geen beleid te hebben en is daar ook niet mee bezig.

6.5.1 Aanwezige en ontbrekende voorzieningen

De meeste praktijken hebben algemene klachtvoorzieningen zoals een procedure voor klachtenafhandeling (81%) en een meldpunt (65%). Deze komen even vaak voor bij praktijken met en zonder antidiscriminatiebeleid. Het verschil wordt pas zichtbaar bij discriminatie-specifieke maatregelen: 47% van de praktijken met beleid bespreekt discriminatie actief binnen de praktijk versus 19% van de praktijken zonder beleid, en 30% van de praktijken met beleid heeft een gedragscode met aandacht voor gelijke behandeling versus 10% van de praktijken zonder beleid.

Preventieve maatregelen blijven beperkt: standaard gebruik van de tolkentelefoon bij taalbarrières (26% met beleid, 19% zonder) en actieve diversiteit bij werving (31% versus 19%). Scholing wordt weinig genoemd: slechts 6% van de praktijken mét beleid geeft aan teamtraining te hebben gehad, tegenover 1% van de praktijken zonder beleid.

6.5.2 Verklaringen en ondersteuningsbehoefte

De kloof tussen belang hechten aan beleid en daadwerkelijk beleid hebben, wordt deels verklaard door de open antwoorden. Van de praktijken zonder beleid geeft 65% aan dat discriminatie in de eigen praktijk niet speelt. Anderen beschouwen gelijke behandeling als vanzelfsprekend of zien beleid als bureaucratische last.

Dit verklaart ook het verschil in ondersteuningsbehoefte: 69% van de praktijken zonder beleid vindt ondersteuning niet nodig, tegenover 57% van de praktijken met beleid. Praktijken die al bewust bezig zijn, vragen vooral om praktische hulpmiddelen (26%) en teamscholing (24%). Dit wijst er mogelijk op dat ondersteuning moet beginnen bij bewustwording, waarna behoefte aan concrete instrumenten ontstaat.

Tot slot blijkt dat stedelijke praktijken vaker beleid hebben, waarschijnlijk door meer diversiteit in de patiëntenpopulatie waardoor discriminatie zichtbaarder wordt.

7. Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek richtte zich op de vraag in hoeverre huisartsenpraktijken antidiscriminatiebeleid hebben, hoe dit zich verhoudt tot mensenrechtelijke verplichtingen van zorgaanbieders, en welke verbetermaatregelen mogelijk zijn. Dit afsluitende hoofdstuk beantwoordt de onderzoeksvragen op basis van de belangrijkste bevindingen uit interviews, enquête en literatuurscan.

7.1 Antidiscriminatiebeleid in huisartsenpraktijken

In hoeverre hebben huisartsenpraktijken **antidiscriminatiebeleid** ingevoerd om discriminatie te signaleren, te adresseren en te voorkomen?

Hoewel 66% van de huisartspraktijken antidiscriminatiebeleid (zeer) belangrijk vindt, heeft slechts 5% dit vastgelegd en 37% alleen via mondelinge afspraken.

In de dagelijkse praktijk wordt discriminatie soms wel gesignaleerd en besproken, maar dit gebeurt niet systematisch en is sterk afhankelijk van individueel handelen. Het voorkomen en tegengaan van discriminatie wordt veelal beschouwd als onderdeel van algemene omgangsvormen binnen de praktijk. Hierdoor blijft aandacht voor gelijke behandeling vooral impliciet en ontbreekt een structureel kader om discriminatie te signaleren, te registreren en preventief aan te pakken.

Dit sluit aan bij literatuur die laat zien dat antidiscriminatiebeleid binnen de zorgsector meestal niet expliciet is uitgewerkt en dat discriminatie zelden expliciet wordt benoemd, herkend en zichtbaar wordt gemaakt in klachtenprocedures.

7.1.1 Signaleren

Uit de enquête komt naar voren 65% van de huisartspraktijken een meldpunt heeft voor klachten (waaronder discriminatie). De huisartsen in de interviews konden weinig tot geen voorbeelden van officieel ingediende klachten over discriminatie noemen. Geïnterviewde huisartsen en literatuur wijzen op eventuele drempels voor patiënten om klachten te melden, waaronder taalproblemen, een afhankelijkheidsrelatie en twijfel aan de impact van een melding. De klachtenprocedures die op de websites van de geïnterviewde huisartspraktijken staan beschreven, benoemen discriminatie zelden expliciet. Hierdoor ontbreekt de zichtbaarheid en herkenbaarheid van discriminatie als mogelijke klachtgrond.

Meldmogelijkheden voor medewerkers zijn beperkt: hoewel ongeveer de helft (46%) een vertrouwenspersoon heeft, komt in de interviews naar voren dat deze vaak intern zijn. Dit kan een extra drempel vormen, vanwege angst voor mogelijk negatieve gevolgen.

Signaleren gaat over meer dan het hebben van een meldpunt voor klachten. Uit de interviews blijkt dat een deel van de huisartsen soms zelf discriminerend gedrag bij patiënten of collega's signaleert. Structurele opvolging blijft hierbij beperkt.

7.1.2 Adresseren

In de enquête geeft 81% van de praktijken aan een duidelijke klachtenprocedure te hebben voor klachtenafhandeling. Vanuit de interviews komt naar voren dat klachten meestal via een gesprek worden afgehandeld; patiënten kunnen indien nodig naar een klachtenfunctionaris of geschillencommissie. Hiermee hebben patiënten de mogelijkheid om zich te verweren of in beroep te gaan en wordt rechtsbescherming geboden.

De enquête laat zien dat slechts 31% van de praktijken regelmatig informeel of in het teamoverleg signalen, ervaringen en vragen over gelijke behandeling en discriminatie binnen de praktijk bespreekt. Vanuit de interviews zijn geen voorbeelden van systematisch leren naar voren gekomen. Systematisch leren van meldingen of signalen blijft waarschijnlijk beperkt. Het aanspreken van collega's op discriminerend gedrag blijkt lastig, mede door hiërarchie en collegiale verhoudingen.

7.1.3 Preventie

Specifieke maatregelen om discriminatie te *voorkomen* worden beperkt ingezet. Uit de enquête blijkt dat van de deelnemende praktijken 24% diversiteit actief meeneemt bij de werving van personeel. Daarnaast gebruikt 22% standaard de tolkentelefoon bij taalbarrières en heeft 20% een gedragscode met aandacht voor gelijke behandeling. Slechts 3% van de praktijken geeft aan in de afgelopen twee jaar een teamtraining over discriminatie te hebben gehad.

7.2 Antidiscriminatiebeleid en mensenrechtelijke verplichtingen

In hoeverre voldoet het antidiscriminatiebeleid van huisartspraktijken voor hun medewerkers en cliënten aan mensenrechtelijke verplichtingen?

De algemene conclusie is dat huisartsenpraktijken niet volledig voldoen aan de mensenrechtelijke verplichtingen zoals vastgelegd in de gelijkebehandelingswetgeving en internationale verdragen. Uit de interviews komt naar voren dat gelijke zorg een kernonderdeel is van het vak van een huisarts. Daarmee is de intentie aanwezig. Systematische normstelling, borging en zichtbaarheid ontbreken echter. Deze bevindingen sluiten aan bij literatuur en landelijke signalen: discriminatie wordt vaak niet systematisch gesignaleerd of geregistreerd, waardoor gelijke behandeling vooral afhankelijk blijft van individuele inzet en professionaliteit.

Hieronder beschrijven we waarin huisartsenpraktijken voldoen en waarin zij soms tekortschieten per verplichting op grond van de gelijkebehandelingswetgeving of internationale verdragen (zie paragraaf 2.5 en Bijlage 2).

Expliciete non-discriminatie-norm: Hoewel gelijke behandeling als vanzelfsprekend wordt gezien, wordt deze norm niet bij alle praktijken expliciet gecommuniceerd richting patiënten en medewerkers. De enquête toont dat 20% een gedragscode heeft waarin aandacht is voor gelijke behandeling. Uit de literatuur is bekend dat het ontbreken van zichtbare normstelling de drempel verhoogt om discriminatie te herkennen en te melden, en om elkaar erop aan te spreken binnen een team. Daarmee wordt de verplichting om duidelijkheid te scheppen richting patiënten en medewerkers in de praktijk onvoldoende ingevuld.

Zorgvuldige behandeling van klachten: Formele procedures voor klachtbehandeling zijn grotendeels aanwezig en worden op praktijkwebsites vermeld. Uit de enquête blijkt dat 81% een procedure heeft en 65% een meldpunt. Uit de interviews blijkt dat hierbij zelden discriminatie als mogelijke klachtgrond wordt genoemd. De afhandeling van een klacht start vaak met een gesprek in de praktijk, zo blijkt uit de interviews. Als dit geen oplossing biedt, kan de patiënt terecht bij een onafhankelijke klachtenfunctionaris of klachtencommissie. In de praktijk komt het zelden zo ver, omdat klachten doorgaans al in het gesprek worden afgehandeld. Wel is de inschatting vanuit de interviews dat de meldingsbereidheid laag is, mede door afhankelijkheid van patiënten van de huisarts en gebrek aan vertrouwen dat klachten worden opgevolgd (zie ook Ministerie van BZK, 2025). Kortom aan deze verplichting lijken de meeste praktijken wel te voldoen, maar omdat maar weinig patiënten klachten over discriminatie melden, is de bijdrage van deze verplichting aan de discriminatievrije omgeving beperkt.

Toegankelijkheid voor mensen met een beperking: In de interviews gaven meerdere respondenten aan dat hun locatie fysiek toegankelijk is, waarbij vooral rolstoeltoegankelijkheid werd genoemd. Dit onderwerp is niet systematisch bevestigd naar allerlei soorten beperkingen (auditief, visueel, verstandelijk) in de interviews en enquête. Hierdoor kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken voor mensen met een beperking.

Discriminatievrije werkomgeving voor medewerkers: Beschermende maatregelen voor medewerkers zijn beperkt aanwezig. Iets minder dan de helft van de praktijken geeft aan een vertrouwenspersoon te hebben voor personeel. Uit de interviews blijkt dat dit ook een collega kan zijn. Dit kan de drempel verhogen om eventuele ervaringen van discriminatie aan te kaarten. Scholing en bewustwording op dit gebied worden zelden georganiseerd, waardoor medewerkers kennis en taalvaardigheid kunnen missen om discriminatie te bespreken en aan te kaarten.

Gelijke toegang tot zorg: Op grond van artikel 12 IVESCR zijn huisartsenpraktijken verplicht hun beleid structureel in te richten op gelijke toegang tot zorg voor alle patiënten, met bijzondere aandacht voor groepen in kwetsbare posities. Uit de enquête komt naar voren dat een beperkt deel van de huisartsen preventieve maatregelen treft om discriminatie te voorkomen, zoals diversiteit meenemen bij de werving van personeel (24%) en standaard de tolkentelefoon inzetten bij taalbarrières (22%). Uit de interviews blijkt dat sommige praktijken wel activiteiten ontplooiën voor specifieke groepen in kwetsbare posities, maar een samenhangend en formeel beleid lijkt veelal te ontbreken.

7.3 Belemmeringen en oorzaken

Wat zijn redenen dat antidiscriminatiebeleid bij huisartsenpraktijken nog niet (volledig) is ingevoerd of (nog) niet effectief functioneert?

De implementatie van antidiscriminatiebeleid in huisartsenpraktijken lijkt te worden belemmerd door vijf samenhangende factoren.

Ten eerste vormt **gebrek aan bewustzijn** een mogelijke barrière. In de enquête geeft 33% van de huisartspraktijken aan dat discriminatie geen onderwerp is in de eigen praktijk en 15% heeft er "nooit aan gedacht". Deze cijfers laten zich op meerdere manieren interpreteren: enerzijds benadrukken veel huisartsen in de open antwoorden dat gelijke behandeling voor hen vanzelfsprekend is en discriminatie daarom niet voorkomt. Anderzijds kunnen verschillende factoren bijdragen aan blinde vlekken, waardoor discriminatie niet altijd wordt herkend of benoemd. Het gaat daarbij niet alleen om het feit dat de beroepsgroep nog een overwegend homogene groep is, wat bepaalde vormen van ongelijkheid minder zichtbaar kan maken, maar ook om onvoldoende kennis van indirecte, subtiele of verborgen vormen van discriminatie.

Daarnaast speelt mee dat medische kennis, diagnostische instrumenten en behandelprotocollen van oudsher zijn ontwikkeld vanuit een beperkt perspectief met de witte heteroseksuele man als impliciete norm. Dit kan leiden tot systematisch nadelige behandeling van andere groepen, zonder dat dit als discriminatie wordt herkend.

Ten tweede resulteert **gebrek aan kennis** over discriminatie in **handelingsverlegenheid**. Het belemmert interne communicatie omdat medewerkers elkaar niet altijd durven aan te spreken en een gedeelde taal missen om situaties aan te duiden. Weinig praktijken hebben met hun team in de afgelopen twee jaar een training rondom het thema discriminatie gehad. Opvallend is dat in de enquête slechts 2% kennisgebrek noemt als reden voor het ontbreken van beleid. Dit zou erop kunnen

duiden dat gebrek aan kennis zelf niet altijd wordt onderkend – men weet niet wat men niet weet.

Ten derde bestaat er **protocolmoeheid** door de vele bestaande richtlijnen. Daardoor worden nieuwe richtlijnen en protocollen al snel gezien als bureaucratische last, waarvan de meerwaarde onvoldoende wordt ervaren. Dit blijkt ook uit de open antwoorden in de enquête: huisartsen spreken over "papieren tijgers", "kost alleen maar tijd" en "geen meerwaarde".

Ten vierde zorgt de **hoge werkdruk** ervoor dat er weinig ruimte is om nieuwe thema's op te pakken. Aandacht is afhankelijk van individuele motivatie en daardoor niet duurzaam.

Ten slotte beperken **financiële middelen** de mogelijkheden om zelf met het thema aan de slag te gaan en structurele oplossingen te organiseren. Hoewel huisartsen in alle regio's gebruik kunnen maken van de tolkentelefoon en de kosten hiervan via regionale achterstandsfondsen worden vergoed, ontbreekt landelijke en structurele bekostiging voor tolken. Bovendien wordt de extra tijd die nodig is bij complexe communicatie niet structureel vergoed. Dit beperkt de ruimte om hier binnen de reguliere praktijkvoering structureel aandacht aan te geven. Zo laat de enquête laat zien dat slechts 22% standaard de tolkentelefoon inzet bij taalbarrières.

7.4 Aanbevelingen

Welke **aanbevelingen** voor verbeteringen voor bestrijding van discriminatie in huisartsenpraktijken kunnen worden gedaan op basis van de verkregen inzichten en mensrechtelijke verplichtingen?

Dit onderzoek laat zien dat de onderzochte huisartsenpraktijken gemotiveerd zijn om iedereen gelijkwaardig te behandelen. Deze goede intenties worden slechts beperkt vertaald naar expliciet beleid, duidelijke verantwoordelijkheden of structurele scholing. Bij een deel van de huisartsen bestaat de behoefte aan concrete handvatten, training en gezamenlijke normstelling om deze intenties om te zetten in effectief beleid. Beroepsorganisaties en overheid kunnen deze ontwikkeling ondersteunen met kennisdeling en randvoorwaarden.

Op grond van onze bevindingen formuleren we hieronder aanbevelingen. De meeste praktijken zijn klein, en vaak ontbreekt tijd, kennis of capaciteit om hier beleid voor te ontwikkelen. Daarom zijn de onderstaande aanbevelingen vooral bedoeld als haalbare eerste stappen die passen bij de verschillende huisartsenpraktijken.

Aanbevelingen voor praktijken

- **Veranker een eenvoudige non-discriminatie-norm.**
Neem een korte, duidelijke norm op in huisregels of op de website (en in de wachtkamer), gericht op zowel patiënten als medewerkers, in de trant van: dat iedereen gelijkwaardig wordt behandeld, ongeacht achtergrond, geloof, gender, leeftijd, beperking of andere kenmerken (Verian & MARE, 2025).
- **Maak discriminatie bespreekbaar binnen de praktijk.**
Begin klein: bespreek het thema bijvoorbeeld jaarlijks of halfjaarlijks in het teamoverleg, casuïstiekbesprekingen of in een VIM-bespreking. Signalen van patiënten – hoe klein ook – kunnen aanleiding zijn om samen in gesprek te gaan en te reflecteren. Dit kan helpen om onbewuste vooroordelen te herkennen en te leren om hier niet op te handelen (Felten e.a., 2025). Hetzelfde geldt voor signalen op de werkvloer: aan te raden is om het gesprek hierover aan te gaan met elkaar, idealiter onder begeleiding van een deskundige (Broer e.a., 2026).
- **Investeer in bewustwording en training.**
Investeer in trainingen die aantoonbaar bijdragen aan het verminderen van discriminatie en vooroordelen, zoals nascholing over onbewuste vooroordelen en over het omgaan met culturele verschillen in de zorg (Felten e.a., 2025). De Handreiking Stappenplan voor inclusieve zorg en dienstverlening (Felten e.a., 2024) biedt praktische bouwstenen voor een eerste aanpak. Stimuleer daarnaast structurele reflectie binnen de praktijk, bijvoorbeeld door patiënten te vragen naar hun ervaringen met bejegening ("Kom ik tegemoet aan jouw behoefte?" of "Hoe ervaar je mijn bejegening?")
- **Geef medewerkers handvatten voor omgang met discriminerend gedrag.**
Ontwikkel een duidelijke werkwijze voor situaties waarin discriminerende uitingen plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld via een korte checklist, voorbeeldsituaties om te oefenen ("wat kun je doen als een patiënt discriminerende taal gebruikt?"), of een aanvulling op bestaande protocollen. Dergelijke concrete handvatten verminderen handelingsverlegenheid (Felten e.a., 2025). Ontwikkel duidelijke organisatorische kaders en leg vast hoe wordt gehandeld bij discriminerend gedrag. Dit voorkomt dat incidenten worden genormaliseerd of informeel blijven hangen (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021).
- **Leg verantwoordelijkheden eenvoudig vast.**
Voor kleine praktijken kan dit met een korte paragraaf in het kwaliteitsbeleid of personeelshandboek. Beschrijf daarin wie aanspreekpunt is bij meldingen of signalen, hoe er wordt teruggekoppeld, en hoe de praktijk ervan leert. Benoem

bijvoorbeeld een aandachtsfunctionaris voor dit onderwerp (Van Loenen e.a. 2022; Daru e.a. 2024). Dit bevordert continuïteit als medewerkers wisselen en bevordert dat discriminatieklachten zichtbaar en structureel worden opgevolgd.

- **Richt meldmogelijkheden laagdrempelig in.**
Vanuit het mensenrechtelijke kader volgt dat discriminatieklachten zorgvuldig behandeld moeten worden. Dit betekent hoor- en wederhoor en vertrouwelijke behandeling. Om ervoor te zorgen dat patiënten en medewerkers gemakkelijker hun klachten delen, is het belangrijk de meldmogelijkheden laagdrempelig in te richten. Denk bijvoorbeeld aan een ideeënbuis in de wachtkamer, een intern meldpunt of externe vertrouwenspersoon. Daarnaast blijft signaleren en benoemen door leidinggevenden cruciaal, omdat veel patiënten én medewerkers discriminatie niet snel melden.
- **Besteed expliciet aandacht aan een veilige en inclusieve werkomgeving.**
Kleine stappen kunnen al verschil maken: bespreek periodiek hoe het team een open en respectvolle werksfeer kan behouden, en let bij werving en begeleiding van stagiairs of nieuwe collega's op diversiteit en gelijke kansen. Een gemengd en veilig team vergroot het vermogen om diverse patiëntengroepen beter te begrijpen en te bedienen (Pharos, 2025).

Aanbevelingen voor beroepsorganisaties

- **Ontwikkel praktische richtlijnen en voorbeeldmateriaal.**
De LHV kan, in samenwerking met NHG en RHO's, praktische richtlijnen ontwikkelen over hoe praktijken discriminatie kunnen tegengaan richting zowel personeel als patiënten. Denk aan kant-en-klare formats zoals een voorbeeldgedragscode, een antidiscriminatieparagraaf voor het kwaliteitsbeleid en reflectievragen voor het teamoverleg. Door 'good practices' te verzamelen en te delen, hoeven praktijken niet zelf het wiel uit te vinden (Verian & MARE, 2025)
- **Maak scholing over diversiteit en discriminatie structureel onderdeel van opleiding en nascholing.**
Neem deze thema's op in basisopleiding, nascholing en accreditatie. Dit versterkt bewustwording en handelingsperspectief bij alle huisartsen (Felten e.a., 2025; Badou e.a., 2023).
- **Zorg voor inclusieve protocollen en richtlijnen.**
NHG, het College Geneeskundige Specialismen en opleidingsorganisaties kunnen richtlijnen en diagnostische instrumenten testen op geschiktheid voor verschillende groepen, zodat deze niet alleen gebaseerd zijn op data van witte

mannen. Zorg voor bewustzijn bij huisartsen over hoe medische instrumenten en richtlijnen soms ongelijk werken voor verschillende groepen, en maak dit een onderdeel van opleiding, nascholing en kwaliteitskaders (Kolste & Venderbos, 2022).

- **Stimuleer kennisuitwisseling en leerkringen.**

Faciliteer kennisuitwisseling tussen praktijken via leerkringen of regionale bijeenkomsten over inclusieve zorg. Ontwikkel hiervoor bij voorkeur een platform dat aansluit bij de belevingswereld van huisartsen. Bestaande platforms zoals het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) kunnen daarbij als inspiratie en voorbeeld dienen. Zo heeft het KIS een checklist en databank met wetenschappelijk onderbouwde antidiscriminatie-interventies (Felten e.a., 2025). RHO's kunnen regionale uitwisseling faciliteren via leerkringen of bijeenkomsten over inclusieve zorg.

Aanbevelingen voor de overheid

- **Zorg voor structurele financiering van tolkenvoorzieningen.**

Hiermee worden taalbarrières verminderd, wat van belang is voor gelijke toegang (Pharos, 2025; Berenschot, 2022).

- **Verbeter toegang van specifieke groepen tot huisartsenzorg.**

Verbeter de toegang tot huisartsenzorg voor groepen in kwetsbare posities zoals arbeidsmigranten. Zorg voor meertalige informatievoorziening over het vinden van een huisarts en maak regionale afspraken over spreiding van inschrijvingen van arbeidsmigranten – vergelijkbaar met de aanpak die werd gehanteerd voor Oekraïense vluchtelingen (Goorts & Smal, 2022; VNG & Pharos, 2023). Neem gerichte maatregelen om toegangsdrempels voor ongedocumenteerde migranten en andere groepen in kwetsbare posities te verkleinen, onder meer door duidelijke informatievoorziening over rechten, laagdrempelige inschrijfmogelijkheden en ondersteuning bij taalbarrières (Pharos, 2019).

- **Neem inclusieve zorg en het tegengaan van discriminatie op in kwaliteits- en accreditatiekaders.**

Laat dit onderdeel zijn van periodieke toetsing, bijvoorbeeld via patiëntervaringen (Verian & MARE, 2025).

- **Ondersteun praktijken met tijd en middelen.**

Flexibele consulttijden en compensatie voor complexere zorgsituaties helpen om vooroordelen te verminderen. Zo laat onderzoek laten zien dat tijdsdruk de kans op onbewuste vooroordelen vergroot (Felten e.a., 2024).

- **Stimuleer vervolgonderzoek.**

Er is meer kennis nodig over discriminatie in de zorg, omdat de bestaande kennis beperkt en gefragmenteerd is en vaak niet sectorspecifiek is uitgewerkt (Harnacke e.a., 2023). Relevant vervolgonderzoek kan zich richten op de toegankelijkheid van huisartspraktijken voor patiënten met diverse beperkingen, de effectiviteit van scholing en antidiscriminatiebeleid in de huisartspraktijk, de rol van onbewuste vooroordelen in professioneel handelen en de gevolgen van ongelijke behandeling voor de kwaliteit van zorg. Ook institutionele discriminatie, zoals bias in diagnostische instrumenten of verwijsgedrag, verdient nader onderzoek, evenals de drempels die patiënten en medewerkers ervaren om discriminatie te melden. Daarnaast blijft het perspectief van praktijkassistenten in dit onderzoek onderbelicht, terwijl zij vaak het eerste aanspreekpunt zijn.

Periodieke monitoring van discriminatie-ervaringen onder personeel en patiënten, en een vergelijking met buitenlandse huisartsensystemen waar meer ervaring is opgedaan met antidiscriminatiebeleid, kunnen concrete aanknopingspunten opleveren voor de Nederlandse praktijk.

Bijlage 1 Bronnenlijst

Ait Moha, A. & Kraamer, M. (2024). *Discriminatie in zorg en sport. Fase 1: kwantitatief onderzoek. Rapport fase 1*. Verian, september 2024.

Badou, M., Mellouki, C.L, Felten, H., Kros, K., Yohannes, R., Zemomuri, C. & De Zwart, O. (2023). *Verkenning Discriminatie en racisme in de zorg*. Verwey-Jonker Instituut en Movisie;

Berenschot (2022). *Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten*. In opdracht van ministerie van VWS.

Bouwman, R., e.a. (2019). *Tweede monitor Wkkgz. Stand van zaken patiëntenperspectief en implementatie "Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling"*. Utrecht, Nivel.

Broer, D, Daru & Felten, H. (2026). *Discriminatie aanpakken op de werkvloer in zorg en welzijn. Een praktische gereedschapskist*. Movisie

College voor de Rechten van de Mens. (z.j.). *Wat is discriminatie?* Geraadpleegd 5 november 2025, van <https://www.mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-jou/discriminatie-en-gelijke-behandeling/wat-is-discriminatie>

Daru, S., Fayaaz Joemmanbaks, Laura Jak, Anila Bytyçi, Hanneke Felten (2024), *Discriminatie op de zorgwerkvloer herkennen en passend reageren. Een literatuurverkenning*. Movisie.

Felten, H. (2025a). *Discriminatie in zorg en welzijn aanpakken: wat kun je doen als gemeente?* 16 oktober *Movisie.nl*. <https://www.movisie.nl/artikel/discriminatie-zorg-welzijn-aanpakken-wat-kun-je-doen-gemeente>

Felten, H. (2025b). *Drie veelgemaakte missers bij inclusiebeleid*, in: Sociale Vraagstukken, 7 oktober 2025.

Felten, H., Broekroelofs, R., Nechar, C., Boersma, A., Does, S. (2025). *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie*. Kenniscentrum Inclusief Samenleven.

Felten, H. & Daru, S. (2023). *Wat is institutionele discriminatie?* Geraadpleegd op 5 november 2025. Van <https://www.movisie.nl/artikel/wat-is-institutionele-discriminatie>

Felten, H., Kros, K., Van Rhemen, R. & De Winter-Koçak, S. (2024). *Gelijkwaardige kwaliteit voor iedereen. Stappenplan voor een gelijkwaardige en inclusieve zorg- en dienstverlening*. Kennisplatform Inclusief Samenleven.

Flinterman, L.E., Batenburg, R., Kenens, R.J. & Duijkers, B. (2025). *Huisartsen en praktijken in kaart. Cijfers uit Nivel Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024*. Utrecht: Nivel.

Goodarzi, B. & Borrel, D. (2024). *Baren buiten de box: over hoe de geboortezorg niet voor iedereen gelijkwaardig is*. Singel Uitgeverijen.

Goorts, I. & Smal, E (2022). *Zorg(en) voor arbeidsmigranten: Gezondheid en toegang tot zorg voor Midden- en Oost-Europese arbeidsmigranten*. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Harnacke, C. e.a. (2023). *Discriminatie in de zorg en sport: wat weten we (niet)?* Een literatuuronderzoek in opdracht van het ministerie van VWS. Verwey-Jonker Instituut en Movisie.

Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine*, 292, 114523

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

KIS, Kennisplatform inclusief samenleven (z.j.) *Database anti discriminatie-interventies*. Geraadpleegd op 23 oktober 2024, van www.kis.nl/database-antidiscriminatie-interventies.

LHV, Landelijke Huisartsvereniging (z.d.) *Agressie in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 5 november 2025, van www.lhv.nl/thema/caos-en-werkgeverschap/agressie-in-de-huisartsenpraktijk/

MARE (2025). *Discriminatie in de zorg. Fase 2: rapportage kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers*, versie 02. 14 maart 2025.

Ministerie van BZK (2025). *Van ervaren tot melden: motivaties en barrières bij discriminatie melden*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Movisie. (2022). *Handreiking antidiscriminatiebeleid voor gemeenten*. In opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Movisie & Verwey-Jonker Instituut. (2025). *Wat werkt tegen discriminatie onder het eigen personeel en ten aanzien van sollicitanten? Checklist en literatuurstudie*. In opdracht van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme.

Mulder, L. (2023). *Selecting a representative student population for healthcare provision in a diverse society: An investigation of the Leaky Pipeline in Health Professions Education*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Nhass, H., Poerwoatmodjo, J. (2021). *Wanneer de patiënt niet op z'n best is. Een kwalitatieve verkenning naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten*. Kennisplatform Integratie & Samenleving, Utrecht.

NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap (z.d.) *Meldingen incidenten registreren en afhandelen*. Geraadpleegd op 5 november 2025, van <https://www.nhg.org/praktijkvoering/patient/patientveiligheid/procedure-veilig-incident-melden/meldingen-incidenten-registreren-en-afhandelen/>

Pharos. (2025). *Tolken in de zorg*. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Pharos (2019). *Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten*. Wat helpt om zorg te krijgen? Pharos, Utrecht.

Van Loenen, T., Hosper, K., en Venderbos, J. (2022). *Discriminatie en gezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. Utrecht: Pharos

Van Moppes, N. (2025). *Toward Opportunities for Inclusive GP-Specialty Training. On Building Bridges over the Unspoken Undercurrents* Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Verian & MARE, 2025. *Discriminatie in de zorg, welzijn en sport. Samenvatting en conclusie*. Amsterdam: Verian/MARE, 18 maart 2025.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) & Pharos (2023). *Wegwijzer Zorg & Welzijn bij EU-arbeidsmigranten*. VNG en Pharos.

Walz, G., Fiere, B. (2025). *Discriminatiecijfers in 2024*. Rotterdam: Art.1.

Bijlage 2 Juridische notitie 'Recht op discriminatievrije zorg' van het College voor Rechten van de Mens

Patiënten hebben een recht op (toegang tot) discriminatievrije zorg. Daarnaast hebben zorgmedewerkers het recht op niet te worden gediscrimineerd in hun werk; dit houdt in dat zij recht hebben op een discriminatievrije werkomgeving. Door middel van effectief antidiscriminatiebeleid kunnen deze rechten van zowel patiënten als zorgverleners worden gewaarborgd. De juridische basis van deze rechten is in deze notitie uitgeschreven, met een specifieke focus op discriminatie door zorgmedewerkers bij huisartsenpraktijken jegens patiënten en discriminatie door patiënten jegens zorgmedewerkers bij huisartsenpraktijken.⁵

Het recht van patiënten op (toegang tot) discriminatievrije zorg

Discriminatie is het ongelijk behandelen, achterstellen of uitsluiten van personen op basis van (persoonlijke) kenmerken, zonder objectieve rechtvaardiging. Deze kenmerken zijn wettelijk vastgelegd als discriminatiegronden. Zorgmedewerkers mogen patiënten niet anders behandelen of weigeren vanwege deze gronden.

Het recht op gelijke behandeling is in Nederland onder meer verankerd in de Algemene wet gelijke behandeling (Awgb). Deze wet verbiedt huisartsenpraktijken om zowel direct als indirect onderscheid (en dus discriminatie) te maken bij de toegang tot zorg en het verlenen van zorg.⁶ Het College voor de Rechten van de Mens (hierna: het College) toetst aan de hand van de gelijkebehandelingswetgeving of er ongelijke behandeling heeft plaatsgevonden. Zo oordeelde het College bijvoorbeeld dat het gender van de patiënt geen rol mag spelen in de manier waarop zorg wordt verleend.⁷

Ook uit internationale mensenrechtenverdragen zoals het Internationale Verdrag voor Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR) en het Internationale Verdrag voor Economische Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) volgt ook een recht op discriminatievrije zorg.⁸ Artikel 26 van het IVBPR bepaalt dat alle personen gelijk zijn voor de wet en aanspraak hebben op gelijke bescherming door de wet (zonder

⁵ Er is een brondocument met een uiteenzetting van alle wet- en regelgeving die betrekking hebben op het recht op gezondheid, het recht op non-discriminatie en het recht op een discriminatievrije werkvloer. In voetnoten zal verwezen worden naar dit brondocument, omdat daar de specifieke tekst van de wet staat.

⁶ Brondocument 2.2.2.

⁷ College voor de Rechten van de Mens 10 mei 2022, oordeel 2022-48 (verboden onderscheid)

⁸ Brondocument 3.0.

onderscheid) en dus ook op gezondheidszorg. Hieruit volgt volgens het College tevens het recht op effectieve rechtsmiddelen (gelijke en doelmatige bescherming tegen discriminatie), zoals een toegankelijke en zorgvuldige klachtenprocedure. Dit zou kunnen betekenen dat huisartsenpraktijken klachtenprocedures moeten opstellen waarin discriminatieklachten serieus worden genomen en adequaat worden behandeld.

Daarnaast verplicht artikel 12 IVESCR staten om het hoogst haalbare niveau van gezondheid te waarborgen en te realiseren, zonder discriminatie.⁹ Dit vereist een beleid waarin non-discriminatie centraal staat, zodat patiënten zonder onderscheid toegang hebben tot zorg. Het Comité dat toeziet op de uitvoering van IVESCR in de lidstaten, heeft in een Algemene Aanbeveling nr. 14¹⁰ uitleg gegeven aan dit recht. Daarin stelt het Comité ook dat non-discriminatie integraal onderdeel is van dit recht, waarbij specifieke aandacht is voor personen in kwetsbare posities.¹¹ Dit betekent volgens het College voor huisartsenpraktijken dat hun beleid structureel moet zijn ingericht op gelijke toegang tot en kwaliteit van zorg voor alle patiënten, en hierbij speciale aandacht te hebben voor personen in kwetsbare posities.

Voorbeelden uit de oordelen van het College betreffen o.a. het weigeren van een assistentiehond¹², het maken van stigmatiserende opmerkingen die betrekking hadden op een of meer van de verboden discriminatiegronden¹³ en het baseren van keuzes op basis van medische voorgeschiedenis – als daar geen medische noodzaak voor is.¹⁴ In al deze gevallen werd vastgesteld dat er sprake was van ongelijke behandeling en de zorgverlener dus in strijd heeft gehandeld met het discriminatieverbod.

Het recht op een discriminatievrije werkomgeving¹⁵

Het recht op een discriminatievrije werkomgeving betreft een verplichting voor de werkgever.¹⁶ Dat betekent dat de werkgever erop moet toezien dat werknemers zich onthouden van discriminatie.¹⁷ Dit houdt in dat de werkgever actief moet optreden bij discriminatie tussen collega's, maar ook wanneer medewerkers geconfronteerd

⁹ Artikel 2(2) IVESCR.

¹⁰ [General comment No. 14: The right to the highest attainable.](#)

¹¹ Ibid, para 30 en 43.

¹² [2023-38.](#)

¹³ [2023-65.](#)

¹⁴ [2024-19.](#)

¹⁵ Voor werkgevers geldt ook dat zij geen direct of indirect onderscheid mogen maken bij werving, promotie, arbeidsomstandigheden en ontslag. In deze notitie wordt dit buiten beschouwing te laten en ligt de focus op discriminatie door zorgprofessionals onderling en door patiënten.

¹⁶ College voor de Rechten van de Mens, oordeel 2025-23.

¹⁷ Brondocument 2.2.5. Zie ook: Arbeidsomstandighedenwet: Artikel 3, tweede lid, jo. Artikel 1, derde lid, onder e

worden met discriminerend gedrag van patiënten. De werkgever is dus verplicht passende maatregelen te nemen om zijn werknemers daartegen te beschermen. De werkgever is daarnaast verplicht erop toe te zien dat zijn werknemers zich onthouden van discriminerende gedragingen. Dit geldt ook voor zover de discriminatoire bejegening gericht is op patiënten.¹⁸ Indien hiervan sprake is, is de werkgever tevens gehouden passende maatregelen te treffen.¹⁹

Zorgverleners hebben op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) een algemene zorgplicht jegens de patiënt. Dit brengt met zich mee dat een zorgprofessional slechts bij hoge uitzondering een patiënt kan weigeren te behandelen. Wat een geldige en zwaarwegende reden kan zijn, staat niet expliciet in de WGBO maar blijkt uit de jurisprudentie.²⁰ Denk hierbij aan situaties waarin de patiënt herhaaldelijk discriminerende, seksistische of uiterst negatieve uitlatingen doet.²¹ Het is hierbij tevens relevant of het ongewenste gedrag vaker voortkomt, en de arts eerst heeft geprobeerd de relatie te herstellen.²² Het College heeft geoordeeld dat de zorgplicht blijft rusten op de verzorger, ook bij discriminatoire bejegening vanuit patiënten. Maar dit bevrijdt de werkgever niet van zijn plicht om te zorgen voor een discriminatievrije werkomgeving en daarmee de zorgmedewerker(s) te beschermen tegen discriminatie, ook wanneer deze komt vanuit patiënten. Dit kan bijvoorbeeld door cliënten aan te spreken op hun gedrag of de zorgmedewerker over te plaatsen naar een minder risicovolle werkomgeving.

Een ander element van de professionele standaard voor zorgmedewerkers is het belang van gelijke toegang tot de zorg.²³ Van zorgverleners wordt verwacht dat zij handelen zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot/hulpverlener in vergelijkbare omstandigheden zou doen.²⁴ Als arts draag je bij aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Je behandelt iedereen

¹⁸ 2022-126, overweging 6.8.

¹⁹ [Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels discrimineert een vrouw op grond van ras door onvoldoende zorg te dragen voor een discriminatievrije werkomgeving. Er is geen sprake van victimisatie.](#) | College voor de Rechten van de Mens

²⁰ [Zorgplicht voor patiënten staat bescherming zorgmedewerkers tegen discriminatie niet in de weg | Verdieping](#) | College voor de Rechten van de Mens; Brondocument 2.4.

²¹ KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en zie ook [ECLI:NL:RBMNE:2020:4307, Rechtbank Midden-Nederland, 8532110 MC EXPL 20-3552 BmR/842](#) en [ECLI:NL:RBLIM:2021:2542, Rechtbank Limburg, C/03/289280 / KG ZA 21-89](#)

²² Ibid, nr. 10.

²³ J.G. Sijmons, Naar een inclusieve gezondheidszorg, 2024/5

²⁴ [Zorgaanbieder had nazorg moeten bieden na beëindiging behandelovereenkomst - De Geschillencommissie Zorg](#)

in gelijke gevallen gelijk en in ongelijke gevallen ongelijk en je discrimineert dan ook niet (kernregel 2).²⁵

Internationale arbeidsnormen bevestigen dat huisartsenpraktijken als werkgever verantwoordelijk zijn voor een veilige en inclusieve werkomgeving. De Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) stelt in verschillende verdragen bindende verplichtingen aan staten en werkgevers om discriminatie, intimidatie en geweld op de werkvloer te voorkomen.

ILO-verdrag 111 verplicht werkgevers om actief beleid te voeren dat ongelijke behandeling tegengaat, onder meer via voorlichting en training.²⁶ Het College adviseert huisartsenpraktijken in deze context om dit soort preventieve maatregelen in hun beleid op te nemen. Daarnaast verplicht ILO-verdrag 190 Staten tot het voorkomen van en bescherming tegen geweld en intimidatie op het werk.²⁷ Voor huisartsenpraktijken betekent dit dat zij maatregelen moeten treffen om dergelijk gedrag te voorkomen en ervoor moeten zorgen dat medewerkers incidenten veilig en laagdrempelig kunnen melden.

Uit de oordelenpraktijk van het College blijkt de zorgplicht voor de werkgever ook een proactieve houding vergt. Werknemers moeten weten waar ze terecht kunnen met hun klachten, zoals bij een vertrouwenspersoon of om de klacht te kunnen voorleggen aan de klachtencommissie (proactieve houding om te informeren).²⁸ Daarnaast moet de werkgever zorgen voor nazorg die tijdig en ondersteunend is. Tegelijkertijd moet de werkgever erop toezien²⁹ dat patiënten zich onthouden van discriminerende gedragingen door voldoende zichtbare maatregelen te nemen om discriminatie te voorkomen.³⁰ Dit geldt in situaties van discriminatie tussen collega's, maar ook wanneer patiënten discriminerend gedrag vertonen richting medewerkers.

Minimale juridische verplichtingen voor antidiscrimatiebeleid

Zowel het recht op toegang tot discriminatievrije zorg en het recht op een discriminatievrije werkomgeving brengen verplichtingen met zich mee voor huisartsenpraktijken. De vraag is wat deze verplichtingen inhouden en hoe deze in antidiscrimatiebeleid gegoten kunnen worden.

²⁵ KNMG-Gedragscode voor artsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), goedgekeurd door het Federatiebestuur op 24 februari 2022 en gepubliceerd op 27 mei 2022.

²⁶ ILO-Conventie 111, artikel 3.

²⁷ [ILO-Conventie 190: een 'geïntegreerde aanpak' van geweld en intimidatie?](#)

²⁸ 2022-126.

³⁰ [2022-12](#).

Klachtenprocedure en zorgvuldige klachtenbehandeling

Het verbod op onderscheid bij de arbeidsomstandigheden houdt in dat een werkgever klachten over discriminatie zorgvuldig moet behandelen.³¹ Een zorgvuldige klachtbehandeling vereist een deugdelijk en objectief onderzoek. Dat wil zeggen dat in ieder geval hoor en wederhoor wordt toegepast. Daarnaast vereist een zorgvuldige afdoening dat een klacht voortvarend en vertrouwelijk wordt behandeld, dat de werkgever, indien nodig, passende maatregelen treft en de uitkomst van het klachtonderzoek terugkoppelt naar de klager. Voor de klager moet helder zijn wat er naar aanleiding van diens klacht is gebeurd. Verder heeft een werkgever de verplichting om iemand die een klacht heeft ingediend, niet te benadelen vanwege deze klacht (victimisatie). Tot slot is een werkgever verplicht om voldoende nazorg te leveren na afhandeling van de klacht.³² Deze verplichtingen gelden voor zowel discriminatie door zorgverlener naar de patiënt of collega's, als voor discriminatie vanuit de patiënt naar zorgverlener.

Doeltreffende aanpassingen voor toegankelijkheid

Een ander essentieel onderdeel is het realiseren van toegankelijkheid en het treffen van doeltreffende aanpassingen voor mensen met een beperking. Zowel patiënten als medewerkers met een beperking mogen niet worden uitgesloten van zorg of arbeid of anderszins worden benadeeld. Volgens het VN-Verdrag Handicap en de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) moeten huisartsen, waar nodig, aanpassingen doen aan fysieke voorzieningen of communicatie. Dat het verlenen van zorg of behandeling door een beperking ingewikkelder is, rechtvaardigt niet dat deze zorg of behandeling op voorhand wordt uitgesloten.³³

³¹ Brondocument 2.2.6.

³² [Zorgplicht werkgevers bij seksuele intimidatie: wat houdt het in en wat kan er beter?](#) | College voor de Rechten van de Mens

³³ [Toegang tot zorg en het verbod van discriminatie: hoe zit dat?](#) | Verdieping | College voor de Rechten van de Mens; Brondocument 2.3. Artikel 5b, eerste lid, onder c van de Wgbh/cz; 2024-79.

Bijlage 3 Topiclijst interviews

Topiclijst Interviews Antidiscriminatiebeleid Huisartsenpraktijken

Introductievragen

1. Kunt u kort uw praktijk beschrijven (team, patiëntenpopulatie)?
2. Waar denkt u aan bij het thema discriminatie in de huisartspraktijk? (Open peilen wat de beelden zijn en daarna toelichting geven op definitie in dit onderzoek met aandacht voor: ervaren discriminatie, verschillende gronden, verschillende richtingen, institutionele discriminatie, micro-agressies/subtiele vormen)

In dit onderzoek wordt onder discriminatie verstaan: het anders behandelen, achterstellen of uitsluiten van personen vanwege hun godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, afkomst, nationaliteit, geslacht, seksuele gerichtheid, burgerlijke staat, handicap of chronische ziekte en/of leeftijd. Discriminatie kan ook op ander gronden worden ervaren. Discriminatie kan voorkomen in vormen variërend van subtiele, alledaagse vormen (bijv. verpakt in grapjes) tot expliciete discriminatie

Beleid is een organisatieaanpak om ervaringen van discriminatie te signaleren, goed af te handelen en te voorkomen. Dit kan op papier zijn vastgelegd, maar hoeft niet per se. Het kan vastgelegd zijn als apart beleid, of als onderdeel van de werkwijze in de praktijk.

3. Hoe belangrijk vindt u het om als huisartspraktijk antidiscriminatiebeleid te hebben? Hoe denkt u dat uw collega's hier tegenaan kijken?
4. Is er in uw opleiding aandacht geweest voor het onderwerp discriminatie en hoe daarmee om te gaan
5. Past het voorkomen en tegengaan van discriminatie in de kernwaarden van uw praktijk en op welke manier?
6. Waar vindt u dat antidiscriminatiebeleid aan moet voldoen?

Prevalentie (ervaren) discriminatie in de praktijk:

7. Komt discriminatie voor in uw praktijk/?
8. Welke vormen van discriminatie komen mogelijk voor of herkent u?
9. Heeft u de indruk dat het vaak voorkomt?
10. Op welke gronden? (Leeftijd/gender/afkomst/beperking etc.)?

Patiënt – patiënt (p-p): Een patiënt maakt in de wachtkamer luidruchtig opmerkingen over een andere patiënt met een hoofddoek/patiënt in een rolstoel, suggererend dat 'die mensen' voorrang krijgen.

Medewerker – patiënt (m-p): Een medewerker zegt tegen een patiënt met beperkte Nederlandse taalvaardigheid: 'Als je hier woont, moet je maar Nederlands leren.' Of een medewerker neemt pijnklachten van een Roma-patiënt minder serieus omdat 'die mensen altijd overdrijven'.

Patiënt – medewerker (p-m): Een patiënt weigert behandeld te worden of eist een second opinion omdat de medewerker een hoofddoek draagt/openlijk homoseksueel is.

Medewerker – medewerker (m-m): Een vrouwelijke collega/collega met andere culturele achtergrond geeft aan dat ze niet serieus genomen wordt door een mannelijke collega.

Institutionele discriminatie: Diagnostische instrumenten, klinische richtlijnen of administratieve categorieën (bijv. Ras of lhbtqia+) kunnen bijdragen aan ongelijke uitkomsten van behandeling voor bepaalde groepen.

Signaleren: het tijdig en zorgvuldig signaleren van mogelijke discriminatie

11. Hoe is het signaleren van discriminatie in uw praktijk geregeld?
12. Is het voor patiënten en medewerkers makkelijk om te melden?
13. Welke maatregelen zijn getroffen om melders te beschermen?
 - a. Anoniem melden
 - b. Juridische ondersteuning
14. Houdt u data bij over klachten over discriminatie?
15. Denkt u dat in uw praktijk discriminatie goed gesignaleerd wordt of kan worden? Wat vindt u van genoemde zaken die u zou kunnen inrichten om discriminatie vroegtijdig te signaleren? Hoe denkt u dat uw collega's hier tegenaan kijken?

Adresseren: het nemen van passende acties

16. Hoe verloopt de klachtafhandeling, documentatie en nazorg bij discriminatie (melding/klacht)
17. Waar kunnen mensen terecht bij ontevredenheid over afhandeling van de klacht?
18. Hoe trekt u lering uit meldingen? Hoe past u de werkwijze van de praktijk hierop aan?
19. Vindt u dat uw praktijk voldoende mogelijkheden heeft om discriminatie-meldingen goed af te handelen? Wat vindt u ervan om beleid te hebben om ervaren discriminatie goed af te kunnen handelen en hiervan te leren? Hoe denkt u dat uw collega's hier tegenaan kijken?

Preventie: het voorkomen van discriminatie

20. Welke maatregelen treft u om te voorkomen dat medewerkers of patiënten ongelijk behandeld worden of dat als zodanig ervaren? Gedragscodes/ diversiteit bij werving/ bewustwordingstraining
21. Ook diagnostische instrumenten, klinische richtlijnen of administratieve categorieën (bijv. ras of lhbtqia+) kunnen bijdragen aan ongelijke uitkomsten van behandeling voor bepaalde groepen; wordt daar ook rekening mee gehouden?

22. Hoe is de fysieke toegankelijkheid van uw praktijk voor patiënten en medewerkers met een beperking?
23. Vindt u dat er in uw praktijk voldoende aandacht is voor preventie van discriminatie? Wat vindt u van beleid om discriminatie te voorkomen? Hoe denkt u dat uw collega's hier tegenaan kijken?

Afsluitend

24. Zou u nog zaken willen verbeteren aan uw antidiscriminatiebeleid?
25. Welke factoren zijn belemmerend voor het voeren van effectief beleid als het gaat om het signaleren, adresseren en voorkomen van discriminatie? Is er voldoende kennis aanwezig?
26. En wat zou helpend zijn?
27. Wilt u nog iets kwijt over discriminatie in de zorg of antidiscriminatiebeleid dat we nog niet besproken hebben?
28. Wilt u deelnemen aan een groepsgebesprek met een aantal collega's in september?
29. Mogen we relevante documenten ontvangen (beleid/protocollen etc.)?

Bijlage 4 Wervingstekst huisartsen

Huisartsen gezocht

Voor onderzoek naar de beste
zorg voor iedereen



Doe mee aan belangrijk onderzoek
en ontvang als dank een taart voor
het team

Lees hieronder meer

Huisartsen gezocht!

Wat doe jij om de beste zorg te leveren voor iedereen?

Het Onderzoekerscollectief voert een belangrijk onderzoek uit naar **antidiscriminatiebeleid** in huisartspraktijken, in opdracht van het **College voor de Rechten van de Mens**. De LHV, Movisie en Pharos denken mee in de klankbordgroep. We willen weten of huisartspraktijken beleid hebben om discriminatie van medewerkers en patiënten te signaleren, adresseren en voorkómen. Hoe kijken praktijken hier tegenaan? Wat zijn redenen om wel of geen antidiscriminatiebeleid te hebben?

Wie zoeken we? Huisartsen, praktijkhouders en praktijkmanagers uit heel Nederland die bereid zijn deel te nemen aan een telefonisch interview om hun mening en ervaringen met ons te delen. De interviews vinden plaats in **mei en juni** en duren **30 tot 45 minuten**. Het maakt niet uit of je praktijk al antidiscriminatiebeleid heeft of niet.

Waarom deelnemen? Je draagt bij aan een beter begrip van wat nodig is voor de beste gelijkwaardige zorg in huisartspraktijken. Het onderzoek leidt tot concrete handvatten voor praktijken. Daarnaast krijg je zelf meer inzicht in het thema discriminatie binnen de huisartspraktijk. En alle deelnemers ontvangen **als dank een taart voor het team!**

Hoe aanmelden? Direct bij één van de onderzoekers via lonneke@lonnekeonderzoekt.nl.

Delen van deze oproep wordt gewaardeerd!

Bijlage 5 Ontvangen documenten van geïnterviewde huisartsen

Gedragsregels [1]

Poster algemene gedragsregels huisartspraktijk in Nederlands en Engels [2]

LHBTQI+ icoon op website [17]

Tekst voor poster in wachtruimte [17]

Bijlage 6 Vragenset in de Nivel huisartsenquête

Vraag 1. Hoe belangrijk vindt u het dat uw praktijk beleid heeft voor het tegengaan van discriminatie?

(Beleid is een systematische aanpak binnen de praktijk om discriminatie te signaleren, aan te pakken en te voorkomen. Het kan op papier staan of deel uitmaken van de dagelijkse werkwijze.)

- Zeer belangrijk
- Belangrijk
- Neutraal
- Onbelangrijk
- Zeer onbelangrijk

Vraag 2. Heeft uw huisartsenpraktijk momenteel een beleid om discriminatie te voorkomen en tegen te gaan? (*U kunt meerdere antwoorden selecteren*)

(Discriminatie kan plaatsvinden tussen patiënten onderling, tussen medewerkers onderling, en tussen patiënten en medewerkers)

- Ja, we hebben vastgelegd beleid
- Ja, we hebben afspraken hierover, maar niet vastgelegd
- Nee, maar we zijn er wel mee bezig
- Nee, nooit aan gedacht
- Nee, dit is geen onderwerp dat speelt in onze praktijk
- Nee, we hebben daar geen tijd/middelen voor
- Nee, we missen kennis of expertise
- Weet ik niet
- Anders, namelijk: _____

Vraag 3. Wat is van toepassing op uw praktijk? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- We hebben een meldpunt voor klachten (waaronder discriminatie)
- We hebben een duidelijke procedure voor klachtenafhandeling
- We hebben een vertrouwenspersoon voor ons personeel
- We hebben in de afgelopen twee jaar een training over discriminatie gehad voor zorgpersoneel
- We hebben een gedragscode waarin aandacht is voor gelijke behandeling
- In onze praktijk bespreken we regelmatig informeel of in het teamoverleg signalen, ervaringen en vragen over gelijke behandeling en discriminatie
- We maken bij taalbarrières standaard gebruik van de tolkentelefoon
- Onze werving en selectie is gericht op een divers personeelsbestand

- We checken formulieren en protocollen op inclusiviteit (bijvoorbeeld genderneutraal en rekening houdend met taligheid en culturele achtergrond)
- Geen van bovengenoemd

Vraag 4. Aan welke vormen van ondersteuning bij het ontwikkelen en versterken van antidiscriminatiebeleid heeft uw praktijkbehoefte?

(U kunt meerdere antwoorden selecteren)

- Scholing/training voor het team
- Nascholing samen met collega-huisartsen
- Praktische hulpmiddelen (zoals voorbeeldbeleid, checklist, posters)
- Persoonlijk advies of begeleiding (bijv. coaching)
- Juridisch of beleidsadvies
- Geen ondersteuning nodig
- Anders, namelijk ____

Bijlage 7 Respons enquête

Tabel 1. Landelijke spreiding respons enquête versus landelijke NIVEL-data

Provincienaam	N	Aandeel van respons	N totaal	Aandeel van totaal
Groningen	33	3%	169	4%
Fryslân	44	5%	174	4%
Drenthe	39	4%	126	3%
Overijssel	67	7%	307	7%
Flevoland	12	1%	82	2%
Gelderland	140	15%	574	13%
Utrecht	84	9%	344	8%
Noord-Holland	148	15%	815	18%
Zuid-Holland	195	20%	962	21%
Zeeland	20	2%	92	2%
Noord-Brabant	126	13%	610	14%
Limburg	50	5%	230	5%
Totaal	958	100%	4485	100%

$\chi^2 = 17,30$, $df = 11$, $p = 0,099$

Tabel 2. Mate van stedelijkheid respons enquête (N=958) versus CBS landelijk

Stedelijkheid	Aandeel van respons	CBS Nederland
Niet/weinig stedelijk	31%	35%
Matig stedelijk	17%	17%
(Zeer) stedelijk	51%	49%
Totaal	100%	100%

$\chi^2 = 2,88$, $df = 2$, $p = 0,237$

Tabel 3. Heeft uw huisartsenpraktijk momenteel een beleid om discriminatie te voorkomen en tegen te gaan (meerdere antwoorden mogelijk)? (N=958)

	Solopraktijk (N=83)	Duopraktijk (N=313)	Groepspraktijk (N=477)	p-waarde chi kwadraat toets
Beleid aanwezig	2%	4%	7%	0,148
Mondelinge afspraken	43%	36%	37%	0,518
Nee, wel mee bezig	4%	7%	9%	0,151
Nee, niet mee bezig	49%	52%	46%	0,317
Nee, nooit aan gedacht	7%	16%	15%	0,121
Nee, speelt niet	36%	35%	32%	0,467
Nee, geen tijd/middelen	1%	3%	3%	0,675
Nee, geen kennis	0%	2%	2%	0,379