

# VU Research Portal

## Doing diversity: Unsettling the Self-Other binary

Leyerzapf, H.

2019

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Leyerzapf, H. (2019). *Doing diversity: Unsettling the Self-Other binary: Cultural diversity in Dutch academic health care*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

## Samenvatting

### Hoofdstuk 1 – Introductie

Academische ziekenhuizen zijn traditioneel hiërarchisch, mono-cultureel en exclusief van opzet. Voor het borgen van de kwaliteit van zorg en de competentie van professionals geven organisaties in de academische gezondheidszorg toenemend aandacht aan culturele diversiteit in beleid en praktijk. Hoewel studentenpopulaties in de gezondheids- en zorgopleidingen steeds diverser zijn qua culturele, etnische en religieuze achtergrond, zijn professionals met een migratieachtergrond ondervertegenwoordigd in medische scholen en academische ziekenhuizen en vooral op leidinggevende posities en in management. Internationaal is onduidelijk waarom werving, selectie en promotie van professionals met een migratieachtergrond hapert en de uitval en uitstroom hoog is, evenals wat er nodig is voor het ontwikkelen van inclusieve organisaties. In het geheel lijkt het welzijn van professionals in de academische gezondheidszorg en vooral van die met een migratieachtergrond onder druk te staan gezien de hoge cijfers van (seksuele) intimidatie, discriminatie en racisme. Inzicht in de ervaringen van (aankomend) professionals met een migratieachtergrond ontbreekt echter.

Ook in Nederland zijn geen eerdere studies gedaan naar de ervaringen van (aankomend) professionals met een migratieachtergrond of naar exclusie, discriminatie en racisme in de academische gezondheidszorg. Door empirisch en theoretisch inzicht te genereren in ervaringen van deze (aankomend) professionals met een migratieachtergrond, in de interacties tussen hen en die behorend tot de culturele, etnische en/of religieuze meerderheid, en in processen van in- en uitsluiting in medisch onderwijs en de werkvloer van het academische ziekenhuis, beoogt dit proefschrift bij te dragen aan de inclusie van (aankomend) professionals met een migratieachtergrond in de Nederlandse academische gezondheidszorg. De twee centrale onderzoeksvragen zijn als volgt:

1. Hoe gaan studenten en professionals met een migratieachtergrond en die behorend tot de meerderheid in de academische gezondheidszorg om met culturele diversiteit in de dagelijkse onderwijs- en werkvloerpraktijk?, en
2. Welke condities zijn nodig voor transformatie van de academische gezondheidszorg naar inclusie van studenten en professionals met een migratieachtergrond?

Er wordt gebruik gemaakt van een kritisch diversiteitsperspectief, wat betekent dat de dagelijkse praktijk en relaties tussen mensen worden gezien als inherent macht-geladen, contextueel en veranderlijk en gemaakt en gereproduceerd door deze mensen in alledaagse interacties. We bestuderen de grondslagen van machtsrelaties en de mechanismen van hun alledaagse (re)productie. Om inzicht te krijgen in de condities voor transformatie, ligt de focus bij de normalisering van dominante normen en onderliggende hiërarchieën, de relatie met (zelf-) identificatie als 'gelijk' of 'anders' en met wie er wanneer en waarom als 'de Ander' wordt gezien, oftewel als minder wordt gewaardeerd dan zij die ingesloten en ervaren worden als de norm of behorend tot 'het Zelf'. Zo wordt inzicht in privilege en structureel nadeel verkregen, en kunnen aangrijp-

pingspunten worden geformuleerd om machtsdynamieken uit te dagen en inclusieve organisaties te bevorderen. Daarbij wordt ook de Nederlandse context meegenomen van excluderende en soms racistische sociale en politieke debatten waarin mensen met een culturele minderheidsachtergrond vaak de Ander vormen.

Het kwalitatieve en etnografische onderzoeksdesign is geïnspireerd door het sociaal-constructivisme en de fenomenologie en hermeneutiek, en gebaseerd op een mensenrechten- en sociaal rechtvaardigheidsperspectief. Het tegelijk beschrijvende en transformatieve doel komt naar voren in de verschillende gebruikte methoden, namelijk de combinaties van interviews en participerende observaties (etnografie) met focusgroepen en dialooggroepen gericht op het samenbrengen van verschillende, diverse perspectieven en het stimuleren van kritisch bewustzijn, wederzijds begrip en collectieve verantwoordelijkheid voor praktijkontwikkeling in de onderzoekssettings (responsief en actiegericht).

Er vonden vijf studies plaats in VUmc School of Medical Sciences (VUmc SMS) en in het Amsterdam UMC, locatie VUmc (VUmc), die de weg volgden van de geneeskundestudent van de bachelor en master basisopleiding (Hoofdstuk 2 en 3) via de vervolgopleiding (Hoofdstuk 4) naar de werkvloer van het academische ziekenhuis waarin professionals vanuit medische, zorg-, paramedische en ondersteunende disciplines elkaar ontmoeten (Hoofdstuk 5 en 6). Daarnaast zijn vijf zelfreflecties van de onderzoeker van kritische incidenten tijdens de onderzoeksprocessen geïncludeerd die van belang bleken voor de bevingingen. Hoofdstuk 7 bespreekt de overstijgende conclusies en leerervaringen voor praktijk en onderzoek.

## **Hoofdstuk 2 – Cultural minority students’ experiences with intercultural competency in medical education**

Medische scholen in Nederland hebben steeds meer aandacht voor interculturele competenties van studenten. Ongeveer 20 tot 30% van de geneeskundestudenten heeft een migratieachtergrond. Vanaf de klinische fase in de opleiding dalen de beoordelingen van deze studenten, en studies wijzen op een gebrek aan sociale connectie en vooroordelen over cultuur als redenen voor dit ogenschijnlijke onderpresteren. Dit hoofdstuk beoogt inzicht te verkrijgen in de perspectieven van geneeskundestudenten met een migratieachtergrond en op basis hiervan aanbevelingen te doen aan docenten, beleidmakers en andere professionals in de academische geneeskunde om interculturele competentie en inclusiviteit van de opleiding te vergroten.

Deze exploratieve, kwalitatieve evaluatie focust op het interculturele competentie-onderwijs in de basisopleiding van één medische school. De uitvoerend onderzoeker met een migratieachtergrond verzamelde data via semi-gestructureerde interviews (n=23), een focusgroep (6 deelnemers) met studenten met een migratieachtergrond en kortdurende participerende observatie in de medische faculteit (20 uur). Er is een thematische analyse gedaan.

Respondenten ervaren casuïstiek als stigmatiserend voor mensen met een migratieachtergrond, vooral voor moslims, aangezien patiënten met een migatieachtergrond en

hun leefstijlen –vooral dus veronderstelde ‘Islamitische’– hierin gepresenteerd werden als negatief verschillend van ‘normaal Nederlands’ gedrag en culturele normen. Respondenten voelden zich apart gezet doordat docenten en studenten behorend tot de meerderheid leken te verwachten dat zij de issues rondom culturele diversiteit in de studiestof zouden uitleggen. Respondenten kregen tijdens werkgroepen en colleges te maken met vooroordelen in de vorm van kwetsende opmerkingen vaak bedoeld als humoristisch van de kant van deze studenten en docenten, en ze voelden zich vooral geïsoleerd en onveilig omdat ze hierbij steun misten van hun docenten. Zoals ook bleek uit de participerende observatie, hadden respondenten relatief diverse vriendenkringen waarin hun interculturele competentie groeide, terwijl de groepen met studenten zonder migratieachtergrond relatief homogeen leken. Zo lijkt het succes van intercultureel competentie-onderwijs beperkt en zelfs bij te dragen aan polarisatie tussen studenten en docenten met en zonder migratieachtergrond.

De ervaringen van respondenten kunnen gekarakteriseerd worden als ‘micro-agressie’ aangezien het invaliderende opmerkingen en vragen betrof die op dagelijkse basis gebeurden, waarvan de ‘daders’ zich doorgaans niet bewust zijn door een gebrek aan interculturele sensitiviteit en culturele vooroordelen, en die vaak ‘verpakt’ waren in humor waardoor ze moeilijk aan te kaarten zijn. (Inter)nationaal onderzoek in de basis- en vervolgopleiding lijken dit proces van het tot ‘de Ander’ maken van studenten met een migratieachtergrond, vooral van moslims, te bevestigen. Dit ‘verborgen curriculum’ lijkt studenten met een migratieachtergrond structureel te benadelen en maakt dat de interculturele competentie van studenten behorend tot de meerderheid achterblijft. Kritisch bewustzijn ten aanzien van de normen waarvan studenten met een migratieachtergrond zouden verschillen, oftewel kritische (zelf-) reflexiviteit, is noodzakelijk om interculturele competentie van studenten en professionals in de opleiding te ontwikkelen en de academische geneeskunde meer inclusief en gelijkwaardig te maken. Dit vereist commitment en verantwoordelijkheid van docenten en beleidmakers.

### **Hoofdstuk 3 – Veiled ambitions: Female Muslim medical students and their ‘different’ experiences in medical education**

De studentenpopulatie van geneeskunde in Noord-West Europa is zowel gefeminiseerd als toenemend cultureel divers. In Nederland zijn sinds 1995 grote aantallen studenten met een Marokkaanse of Turkse migratieachtergrond de geneeskundeopleiding binnengestroomd. Migranten en specifiek (vrouwelijke) moslims zijn ‘hyper-zichtbaar’ in debatten over migratie en inclusie maar ze missen politieke stem. In medische scholen zijn studenten met een migratieachtergrond en vooral vrouwelijke moslimstudenten en met name zij die een hoofddoek dragen, ook erg zichtbaar. Toch is er weinig bekend over hun ervaringen. Om bottom-up kennis over inclusie in de academische geneeskunde te genereren en de erkenning van perspectieven van vrouwelijke moslimstudenten te stimuleren, bestudeert dit hoofdstuk de ervaringen van deze studenten vanuit een kritisch-intersectioneel perspectief, oftewel door mee te nemen hoe verschillende identiteitsaspecten samenwerken in het produceren van uitsluiting.

In een kwalitatieve interviewstudie in de basisopleiding van VUmc School of Medical Sciences zijn semi-gestructureerde diepte-interviews (n=14) gedaan door een vrou-

welijke onderzoeker die ook moslim is, en is een thematische analyse uitgevoerd. De meeste participanten droegen een hoofddoek.

Participanten hadden op drie manieren de ervaring 'anders' te zijn: ze ervoeren dat ze een ander studentenleven leidden (1) en gezien werden als een andere geneeskundestudent (2), en ze anticipeerden erop een andere arts te zijn (3). Participanten vonden moeilijk aansluiting bij studenten en onderdelen van het studentenleven die zij als 'Nederlands' zagen. Omgekeerd werden ze als anders en niet-Nederlands benaderd door 'Nederlandse' studenten. Participanten voelden een 'klik' met andere moslimstudenten en die met een migratieachtergrond, en vonden onderling (h)erkenning en sociale steun voor hun ervaringen van anders-zijn en uitsluiting. Participanten voelden zich vaak apart gezet en onveilig vanwege de uitsluitende, 'humoristische' opmerkingen en vragen van studenten en docenten zonder migratieachtergrond. Ook ervoeren ze dat ze, samen met andere moslims en speciaal vrouwen met een hoofddoek, 'tot de Ander' werden gemaakt. Dit was bijvoorbeeld het geval wanneer docenten hun bezwaren tegen het lichamelijk onderzoek in gemixte gender setting belachelijk maakten en dit afstraalde op de mate waarin ze als competent en een waardevolle aankomend arts werden gezien. Dit gevoel 'de Ander' te zijn, werd sterker vanaf de co-schappen wanneer supervisors bijvoorbeeld verklaarden dat hun hoofddoek onverenigbaar was met een arts zijn.

De ervaringen van participanten omvatten een proces van '*Othering*' dat hun status als (toekomstige) arts lijkt te devalueren en 'de-professionaliseren'. Hoewel verschillende identiteitsaspecten een rol spelen in de ervaringen, leek vooral het moslim en niet wit zijn bij *Othering* centraal te staan en dus racistische aspecten in zich te dragen. Vrouwelijke moslimstudenten lijken als 'ultieme Ander' in de geneeskundeopleiding parallel hyperzichtbaar én onzichtbaar te zijn, en dit wijst op een hiërarchisering tussen deze studenten en witte studenten/professionals zonder migratieachtergrond die overwegend als neutraal en zodoende 'normaal/goed' worden gezien. Voor inclusie, moeten stakeholders in de academische geneeskunde –inclusief (witte) onderzoekers– zich bewust worden van hun eigen 'blindheid' ten aanzien van uitsluitende, soms racistische normen en hoe ervaringen van uitsluiting en racisme weggemaakt worden aangezien deze normen als 'normaal' en 'neutraal' worden gezien.

#### **Hoofdstuk 4 – Standing out and moving up: performance appraisal of cultural minority physicians**

Hoewel stakeholders in de geneeskunde en gezondheidszorg streven naar het cultureel diverser maken van de werknemerspopulatie, is deze tot nu toe weinig divers. Onderzoek en beleid gericht op het vergroten van de representatie van studenten en professionals met een migratieachtergrond, focust vooral eenzijdig op de integratie van deze studenten/professionals in de meerderheidscultuur en wordt gekenmerkt door een top-down aanpak. Dit hoofdstuk brengt de structurele barrières in kaart voor het ontwikkelen van meer cultureel diverse en inclusieve organisaties door de dagelijkse praktijk en de ervaring van beoordelings- en selectieprocessen op klinische afdelingen in een academisch ziekenhuis in Nederland te onderzoeken, evenals de ideeën over hoe deze processen de instroom van artsen met een migratieachtergrond in de opleiding tot specialist beïnvloeden.

De data verzameling in dit onderzoek bestond uit semi-gestructureerde interviews (n=27) met artsen-niet-in-opleiding, artsen-in-opleiding-tot-specialist, specialisten, afdelingshoofden en een leidinggevende zorg. Vervolgens is een focusgroep gehouden met artsen-in-opleiding met een migratieachtergrond, een dialooggroep met artsen-in-opleiding, een co-assistent en specialisten met een migratieachtergrond, en met specialisten en andere klinisch leidinggevenden uit de meerderheid, evenals kortdurende participerende observaties op een klinische afdeling. Data analyse was een combinatie van thematische en integrale content analyse.

Respondenten met een migratieachtergrond, vooral die nog niet in opleiding waren, maakten zich zorgen dat hun participatie hun selectie voor de opleiding zou beïnvloeden. Taal werd door respondenten met en zonder een migratieachtergrond genoemd als een selectiecriteria. Aangezien alle respondenten met een migratieachtergrond vloeiend Nederlands spraken maar wel soms met een accent, wees dit op het bestaan van sociale normen ten aanzien van taalgebruik en communicatiestijl. Leeftijd werd ook genoemd als factor en wees op normen op het gebied van loopbaan en kennis over wat er nodig is voor een academische medische carrière. Hieraan konden artsen met een migratieachtergrond vaak niet aan voldoen omdat ze veelal eerste-generatie-studenten waren en naast hun studie moesten werken en dus minder tijd hadden voor extra-curriculaire activiteiten. Sociaal netwerken werd benoemd als centraal in het kwalificeren voor een opleidingspositie. Ook aan deze norm omtrent specifieke sociale presentatie konden artsen met een migratieachtergrond moeilijker voldoen omdat ze sociale steun, rolmodellen en 'de juiste connecties' misten, en omdat ze vaak moeite hadden met het vinden van sociale aansluiting bij hun collega's en supervisors en bij teamactiviteiten, en omdat ze zich in het geheel minder thuis en veilig voelden in hun werk. Artsen met een migratieachtergrond voelden dat ze makkelijk negatief opvielen en hadden te maken met vooroordelen ten aanzien van hun 'niet-Nederlandse' cultuur en identiteit. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar in stereotype 'grapjes' van de kant van hun collega's zonder migratieachtergrond. Aangezien ook leidinggevenden artsen met een migratieachtergrond als 'anders' typeerden en zagen, moesten deze extra hard werken en zich bewijzen om te kunnen kwalificeren als 'normaal' en dus als 'goede' artsen.

Artsen met een migratieachtergrond lijken dus moeilijker succesvol te profileren voor selectie voor de opleiding tot specialist. Tegelijk blijkt dat deze selectieprocessen actief gepraktiseerd worden door zowel de artsen behorend tot de meerderheid als die met een migratieachtergrond. De selectieprocessen worden beïnvloed door normen ten aanzien van wat doorgaat voor 'normaal', 'goed' en 'Nederlands' en wat wordt verstaan onder professionaliteit, evenals door stereotype sociale beeldvorming. Andere studies bevestigen dat verschillende, intersectionele identiteitsaspecten hierin een rol spelen, zoals dat niet wit en niet man zijn, kunnen leiden tot structureel nadeel in beoordeling. Voor inclusie van culturele diversiteit in academische ziekenhuizen moeten deze kwalificaties van 'anders-zijn' en 'gelijk-zijn' aandacht krijgen, en is het noodzakelijk dat onderliggende normen die een hiërarchie tussen veronderstelde Nederlandse en niet-Nederlandse artsen lijken te creëren, kritisch worden geëvalueerd en uitgedaagd.

## **Hoofdstuk 5 – “We are all so different that it is just ... normal.” Normalization practices in an academic hospital in the Netherlands**

Management van diversiteit in organisaties wordt vooral gelegitimeerd door enerzijds het streven naar gelijke representatie van en gelijke kansen voor professionals, en anderzijds het doel om creativiteit, competitief voordeel en winst te genereren. Diversiteitsmanagement heeft vaak een instrumenteel karakter waarbij ‘de ander’ getolereerd wordt in de organisatie zolang deze de dominante organisatiecultuur en normen verrijkt maar niet uitdaagt of bekritiseert. Dit instrumentele karakter wordt gezien als de reden van de beperkte impact van diversiteitsprogramma’s op werving, selectie, promotie en behoud van professionals met een migratieachtergrond. Om inclusie te bevorderen roepen kritische diversiteitsstudies op tot kritisch, empirisch onderzoek naar de (re) productie van normen en daarmee de basismechanismen van macht en ongelijkheid in organisaties. In dit hoofdstuk beogen we de werkvloer- en organisatiecultuur kritisch te evalueren door te bestuderen hoe professionals met en zonder een migratieachtergrond diversiteit ervaren en omgaan met elkaar.

We hebben etnografisch onderzoek gedaan op verschillende klinische afdelingen in een academisch ziekenhuis in Nederland. Dataverzameling bestond uit formele, verkennende en informele semi-gestructureerde interviews (n=62), en uit participerende observaties (ongeveer 100 uur). Dataverzameling en analyse gebeurden in een parallel en cyclisch proces en door middel van ‘sensitiserende concepten’ zoals normalisering, oftewel het normaliseren van dominante normen via alledaags taalgebruik en routines.

Professionals met en zonder een migratieachtergrondpresenteerden diversiteit als iets van de Ander; ze zagen het vooral als iets van culturele Anderen zoals patiënten met een migratieachtergronden in tweede instantie als iets van professionals met een migratieachtergrondzagen. Culturele diversiteit werd ook geassocieerd met moeilijke situaties en interacties die de normale werkpraktijk doorbreken en (te) veel tijd kosten, of als leuke, vrolijke dingen zoals multiculturele hapjes en feesten, en als nuttig en bruikbaar zoals professionals met een migratieachtergrond die tolken wanneer een patiënt niet goed Nederlands spreekt. Professionals met een migratieachtergrondervaarden stigmatisering van patiënten en collega’s behorend tot de meerderheid maar spraken hier doorgaans niet over. Professionals benadrukten allemaal dat culturele diversiteit geen aandacht vereist en dat culturele identiteit niet belangrijk is voor het werk.

Professionals met en zonder een migratieachtergrond gaven aan dat alleen kwaliteit en competentie relevant en belangrijk zijn voor de werkpraktijk. Leidinggevenden benadrukten alle professionals gelijk te behandelen. Tegelijk moesten professionals echter in het team passen en moest er een sociale en emotionele klik zijn om geselecteerd te worden. Spanningen in teams of met individuele professionals werden uitgelegd als persoonlijkheid en individuele verschillen in plaats van gerelateerd aan issues omtrent diversiteit. Hoewel werd gezegd dat professionals in een team allemaal zo verschillend waren dat het gewoon normaal was, werden professionals met een migratieachtergrond door collega’s behorend tot de meerderheid gezien als ‘anders’. Dit leidde ertoe dat het in het team passen en de professionaliteit van professionals met een migratie-

achtergrond ter discussie stond en in twijfel werd getrokken.

Er bestaat een hiërarchie op de werkvloer van het academische ziekenhuis tussen ‘andere’ professionals die meer risico lopen om niet goed en/of professioneel te worden bevonden, en professionals die automatisch als ‘gelijk’ en in het team passend worden gezien en die makkelijker kwalificeren als normale, neutrale en goede professional. Deze hiërarchie wordt genormaliseerd door specifieke discoursen over diversiteit en professionaliteit. Enerzijds werd diversiteit weggemaakt als een issue, en anderzijds werd professionaliteit afgeschilderd als neutraal, objectief, rationeel, context-loos en individueel. Zodoende was het moeilijk om uitsluiting van professionals met een migratieachtergrond aan te kaarten of zelfs om deze waar te nemen.

Deze normaliseringspraktijken duiden op de norm van de ‘ideale professional’ die de basis vormt voor een ongelijke verdeling van privilege voor ogenschijnlijk ‘gelijke’ en structureel nadeel voor ogenschijnlijk ‘andere’ professionals. Zowel professionals met en zonder een migratieachtergrond probeerden zich aan deze norm te conformeren aangezien ze allemaal erkend wilden worden als (goede) professionals. De normalisering wordt ondersteund door het internationale idee dat professionalisme neutraal en objectief is, en door de ideologie in Nederland dat gelijkheid vooral ‘hetzelfde-zijn’ is. Voor inclusieve organisaties in de academische gezondheidszorg is het cruciaal dat normalisering wordt doorbroken en stakeholders de ongelijke machtsverhoudingen op de werkvloer gaan ‘zien’, evenals hun gedeelde verantwoordelijkheid voor en onderlinge afhankelijkheid in het in stand houden hiervan.

## **Hoofdstuk 6 – Meaningful Culturalization in an Academic Hospital: Belonging and Difference in the Interference Zone Between System and Life World**

De homogeniserende normativiteit van het academische ziekenhuis houdt verband met de dominantie van systeemaspecten zoals rationaliteit, objectiviteit en de nadruk op snelle, meetbare productie over leefwereldaspecten zoals emoties, tijd voor reflectie, bewustzijn van wederzijdse afhankelijkheid, en sociale verbinding tussen en persoonlijke achtergronden van professionals, end it zet de inclusive van professionals met een migratieachtergrond onder druk. In Nederland bestaan twee vertogen die zowel de omgang met diversiteit in de academische gezondheidszorg, als deze disbalans tussen het systeem en de leefwereld ondersteunen. Enerzijds bestaat er een sterke nadruk op cultureel gelijk-zijn onder de noemer van een ideologie van sociale gelijkheid. Anderzijds bestaat er het idee dat professionalisme vooral neutraal en objectief is, wat een beeld van de professional als individu zonder persoonlijke achtergrond en geschiedenis, identiteit en cultuur voortbrengt. Deze twee vertogen leiden ertoe dat professionals zichzelf en elkaar disciplineren om emotioneel uitdagende interacties omtrent ‘anders-zijn’ en ‘gelijk-zijn’ te negeren, en dat ze moeite hebben –ervaringen van– uitsluiting te bespreken. Echter, in de ‘interferentie zone’ tussen systeem en leefwereld, kan naast ‘kolonisatie’ van de eerste over de tweede ook ‘betekenisvolle culturalisering’ van leefwereldaspecten tot ontwikkeling komen en zo tijdelijke veilige ‘ruimte voor verschil’, verbinding en inclusiviteit tussen professionals stimuleren.



Dit hoofdstuk bestudeert deze processen van culturalisering om condities te identificeren voor het uitdagen van normalisering en het bevorderen van inclusieve organisaties. We maken gebruik van de data die zijn verzameld tijdens een etnografisch onderzoek in een academisch ziekenhuis in Nederland (zie Hoofdstuk 5), en zoomen in op een team op een klinische afdeling en daarbinnen de casus van de teamleider.

Het team bestond uit een relatief groot aantal professionals met een migratieachtergrond. Alle team professionals benadrukten dat het niet uitmaakte wie je bent in dit team en dat ze allemaal 'hetzelfde' zijn maar ook de noodzaak om in het team te passen en hier een 'klik' mee te hebben. Alleen op sommige momenten was persoonlijke identiteit en achtergrond expliciet onderwerp van gesprek en werden deze onderwerpen gerelateerd aan de team waarden van verbinding, thuisgevoel en connectie. Hiermee werden de system-geïnspireerde gedepersonaliseerde en gedecontextualiseerde normen rondom professionaliteit opengedoken. Deze 'culturalisering' was ambigue aangezien bijvoorbeeld een professional met een migratieachtergrond het gevoel had in het team te horen omdat ze zichzelf kon zijn en collega's zonder migratieachtergrond in haar geïnteresseerd waren maar zich tegelijk soms juist apart gezet en 'anders' voelde door de terugkerende vragen van deze collega's over haar religieuze normen en waarden.

Team professionals noemden de teamleider –vrouw, zwart en met een migratieachtergrond– als de centrale spil in de cultuur van het team. Deze teamleider probeerde een rolmodel te zijn door middel van een open, democratische en zorgzame manier van leidinggeven en stimuleerde wederkerigheid, connectie en onderlinge verbondenheid zonder dat ze daarbij haar persoonlijke achtergrond en identiteit benadrukte. Ze zag 'in het team passen' als iets dat over leefwereldaspecten zoals veiligheid en thuisvoelen gaat en dat dus vraagt om persoonlijke (h)erkenning van een professional door collega's en leidinggevendenden. Ook stimuleerde ze teamleden om bijvoorbeeld tijdens pauzes de tijd te nemen voor reflectie weg van de afdeling en zo te herstellen van de 'haastcultuur' van de werkvloer, hielp ze mee op de afdeling wanneer het druk was en gaf ze aandacht aan emoties en spanningen in het team. Haar manier van leidinggeven was niet zonder conflict, aangezien haar leidinggevendenden er kritiek op hadden en ze zich zelf soms onder druk voelde staan vanwege de energie en tijd die het haar kostte om aan alle teamleden persoonlijke aandacht te geven.

Professionals bleken dus normalisering van excluderende normen van 'gelijk-zijn' en professionaliteit als neutraal op te houden maar ontwikkelden met de expliciete steun van een leidinggevendende tijdelijke veilige ruimte voor 'horizontale' verbinding en verschil die voorbij ging aan essentialistische, gepolariseerde en hiërarchische sociale posities en identiteiten. Vanuit 'plekken der moeite' werken, oftewel 'moeilijke' emoties en belichaamde ervaringen erkennen en de tijd nemen om hier vanuit gezamenlijk kritische reflexiviteit te beoefenen, ondersteunt de ontwikkeling van inclusieve tijd/ruimtes in academische gezondheidszorgorganisaties.

## **Hoofdstuk 7 – Discussie**

Dit proefschrift had als doel empirisch en theoretisch inzicht in culturele diversiteit en inclusie in de academische geneeskunde en het academische ziekenhuis te genereren.

Specifiek ging de aandacht uit naar (toekomstige) professionals met een migratieachtergrond, en het identificeren van condities voor transformatie richting inclusie. De eerste drie studies gingen over culturele diversiteit en inclusie in de basisopleiding (bachelor en master) en vervolgopleiding van geneeskunde. Vervolgens bestudeerden twee studies deze thema's in de multidisciplinaire werkpraktijk van het academische ziekenhuis. In dit laatste hoofdstuk worden de drie hoofdbevindingen besproken, evenals de leerervaringen op het gebied van transformatie richting inclusie voor praktijk en onderzoek.

De hoofdbevindingen zijn als volgt: ten eerste wordt culturele diversiteit gepresenteerd als iets van en over 'andere' mensen en geassocieerd met interacties en situaties 'anders' dan de normale dagelijkse praktijk, waardoor het in het algemeen als onbelangrijk voor de onderwijs- en werkpraktijk wordt gepresenteerd. Specifiek wordt culturele diversiteit gezien als iets van 'de Ander'. Dit kwam naar voren in de verschillende vormen van 'Othering', namelijk de dichotomisering en hiërarchisering tussen (toekomstige) professionals met en zonder een migratieachtergrond en het structureel onderwaarderen van de eersten. Ten tweede wordt de professional gerepresenteerd als neutraal en professionaliteit als een neutrale, objectiveerbare kwaliteit. Dit maakt het moeilijk om issues rondom culturele diversiteit en ervaringen van uitsluiting en racisme te bespreken en zelfs te *erkennen*. Ten derde bestaat er een norm van de 'ideale professional' die genormaliseerd wordt via de andere twee bevindingen. Deze norm over wat en vooral wie een (goede) professional is, leidt tot een hiërarchie tussen sommige (aankomend) professionals, doorgaans wit en behorend tot de meerderheid en die automatisch worden herkend als 'gelijk' en dus kwalificeren als een normale, goede professional, en anderen, doorgaans zwarte professionals of professionals van kleur met een migratieachtergrond, die gemakkelijker als anders worden herkend en dus als niet geschikt en competent.

De drie hoofdbevindingen dragen gezamenlijk bij aan een ongelijke verdeling van privilege voor witte (aankomend) professionals zonder een migratieachtergrond en structureel nadeel voor niet witte (aankomend) professionals met een migratieachtergrond. Deze ongelijkheid wordt gereproduceerd aangezien de 'ideale-professional-norm' verankerd zit in alledaagse routines, structuren en discursieve praktijken (vertogen en taal) en zo wordt genormaliseerd door alle (aankomend) professionals die allen als goede professional willen worden erkend. De normalisering voorkomt dat (aankomend) professionals zien en voelen hoe zij met elkaar aandeel hebben in het in stand houden van deze ongelijkheden.

Deze hoofdbevindingen zijn echter niet compleet zonder mijn persoonlijke leerervaringen beschreven in de Critical Incidents I-V. In de loop van de studies ben ik op een directe, belichaamde manier gaan voelen *dat* en *hoe* ik zelf deel uit maak van deze bevindingen. Gaandeweg herkende ik hoe ik mezelf afzijdig hield of deed alsof ik mezelf afzijdig kon houden als onderzoeker en hoe ik door mijn abstracte, cognitieve en hiërarchische weten en mijn 'witte onschuld' en 'witte kwetsbaarheid', bijdroeg aan normalisering van ongelijkheid en aan uitsluiting, discriminatie en racisme. Dit nieuwe kritische bewustzijn hielp me te identificeren hoe ongelijkheid in stand wordt gehouden en om condities voor transformatie richting inclusie te formuleren, maar bovenal om te zien and te voelen dat ik zelf moest veranderen om bij te kunnen dragen aan deze transformatie.

Dus, om transformatie mogelijk te maken en de academische geneeskunde, het academische ziekenhuis en onderzoek in deze contexten en de academie in het geheel meer inclusief en gelijkwaardig te maken, moeten we bij onszelf beginnen. In plaats van de Ander te willen veranderen, *'fixing the Other'*, moet de focus komen te liggen bij het veranderen van onszelf – *'fixing the Self'*. Normalisering kan alleen maar doorbroken worden als ik bij mezelf onderzoek wat ik 'normaal' vind and wat ik dus automatisch waardeer en includeer, oftewel door kritische reflexiviteit te ontwikkelen. Als ik mezelf op deze manier inbreng, kan ik helpen dominante normen en de onderliggende hiërarchieën uit te dagen en ongelijkheid tegen te gaan. Dit is een dagelijks terugkerend proces van de verbinding en het contact aangaan met anderen vanuit hoofd *en* hart. Stakeholders in een bepaalde context moeten samen werken aan het diverser maken van de (toekomstige) beroepsgroep (*'fixing the numbers'*), het hervormen van de organisatiestructuur en –praktijk zodat deze inclusiever zijn (*'fixing the institutions'*) en het herdefiniëren van de fundamentele ideeën over kennis waar deze structuren en praktijken op zijn gebaseerd (niet over de Ander maar met anderen) (*'fixing the knowledge'*). Dit aangaan, vraagt van iedereen dat zij (1) hun *'medeplichtigheid' in normalisering erkennen*; (2) vanuit hun *emoties van ongemak werken* om verantwoordelijkheid op te pakken vanuit een horizontale relatie van onderlinge afhankelijkheid en wederkerigheid, en zo –vooral als witte mensen zonder migratieachtergrond– herkennen hoe we allemaal aandeel hebben in structurele ongelijkheden, leren spreken over racisme evenals witte onschuld en witte kwetsbaarheid, en normalisering uitdagen; en (3) hiermee *kritisch-reflexieve, belichaamde en gedeelde ruimtes creëren* waarin plaats voor verschil, diepe connecties en collectieve actie voor transformatie richting inclusie gestalte kan krijgen.



Screenshot from 'Variations on White'. Cinematographer: Jurgen Lisse. Director: Lina Issa, Art Partner. Comenius Teaching Fellowship 2017 of dr. Maaïke Muntinga and colleagues of the department of Medical Humanities VUmc.