

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Onderscheid naar etnische afkomst

Hoe doen we dat in de gezondheidszorg?

Maria E.T.C. van den Muijsenbergh, Jeffrie Quarsie, Jako S. Burgers en Charles Agyemang

Samenvatting

Onderscheid naar etnische afkomst en termen als 'negroïde ras' in medische richtlijnen zijn bekritiseerd, onder meer in dit tijdschrift. Ook de termen 'allochtonen', 'niet-westers', 'creools' en 'Hindoestaans' worden soms als kwetsend ervaren. Toch zijn er aan etnische afkomst gerelateerde ziekterisico's waarbij de zorg beter wordt als artsen hiermee rekening houden, omdat aandacht hiervoor bijdraagt aan persoonsgerichte, cultuursensitieve zorg. Daarom willen wij een discussie op gang brengen over de vraag wanneer, en met welke termen, etnische verschillen benoemd moeten worden in medische richtlijnen en onderzoek. Wij denken dat termen zo precies mogelijk en niet aanstootgevend zouden moeten zijn, bijvoorbeeld 'migratieachtergrond' in plaats van 'allochtoon', en 'Afro-Surinaams' in plaats van 'creools'. Wij nodigen richtlijnmakers, onderzoekers en mensen van verschillende etnische afkomst uit om hierover in gesprek te gaan.

In 2019 verscheen in dit tijdschrift een artikel waarin bezwaar werd gemaakt tegen het gebruik van de termen 'negroïde ras' en 'zwarte mensen' in de richtlijnen 'Chronische nierschade' en 'Cardiovasculair risicomangement'. Hierin werd gewaarschuwd tegen het onderscheid maken naar etnische afkomst terwijl mogelijk andere, onderliggende factoren het verschil kunnen verklaren, zoals spiermassa in het geval van verschillen in nierfunctie.¹ Bovendien worden de termen als onnauwkeurig voor de populatie in Nederland ervaren en als mogelijk stigmatiserend, hetgeen goede zorg in de weg kan staan.

Vergelijkbare geluiden werden gepubliceerd in *Medisch Contact* en rechtstreeks aan het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gestuurd. Deze leidden ertoe dat het NHG samen met onderzoekers op het gebied van etniciteit en gezondheid in gesprek ging met de auteur van het betreffende artikel over de vraag wanneer en met welke termen etnische verschillen in gezondheid benoemd moeten worden. De weerslag van dat gesprek vormde de basis voor dit artikel.

Onderscheid naar etnische afkomst is soms relevant

Allereerst dient zich de vraag aan, of we in de geneeskunde überhaupt onderscheid zouden moeten maken naar etnische afkomst. Dit kan negatieve associaties oproepen met discriminatie. Waarom zouden we dan toch *bewust* onderscheid willen maken naar afkomst?

Wereldwijd bestaat ongelijkheid in gezondheid, het vóórkomen van ziektes, zorggebruik en soms in uitkomsten van zorg tussen etnische minderheidsgroepen of migranten en de meerderheidsbevolking; deze ongelijkheid kan niet volledig verklaard worden door ongelijkheid in bekende risicofactoren en sociaal-economische status.^{2,3} De oorzaken van de ongelijkheid zijn multifactorieel; hierbij spelen zowel sociale, genetische als culturele factoren een rol. De tabel geeft een paar voorbeelden.

aard van het verschil	voorbeeld	relevantie voor beleid
genetisch verschil in ziektekans	thalassemie en sikkelcelziekte zijn zeldzaam onder mensen van Nederlandse afkomst, maar komen veel voor onder mensen afkomstig uit respectievelijk Noord-Afrika en Sub-Saharisch Afrika	bij anemie bij een zwangere vrouw uit een hoog-prevalentieland niet zonder meer ijzersuppletie overwegen, maar aard anemie onderzoeken
farmacogenetisch verschil in reactie op therapie	mensen met Aziatische achtergrond hebben een 15 x grotere kans op een allel dat Stevens-Johnsonsyndroom kan veroorzaken bij gebruik van allopurinol ¹⁹	bij deze groep vóór toediening van allopurinol genetisch profiel bepalen
huidskleur	erythema migrans is niet goed te zien bij mensen met een donkere huid, waardoor vertraging in vaststellen borreliose; de ziekte van Lyme kan daardoor een ernstigere vorm aannemen ¹²	bij donkere huid meer aandacht besteden aan anamnese en inspectie van de huid om tijdig borreliose vast te stellen
geboorteland	hogere kans op (asymptomatische) hepatitis C bij mensen die zijn geboren in Egypte ²⁰	mensen uit Egypte proactief screening en zo nodig behandeling aanbieden
migratie	communicatieproblemen en verschillen in verwachtingen ten aanzien van medische zorg beperken de toegang tot onder andere de ggz	tolk inschakelen bij nieuwkomers en het Nederlandse zorgsysteem uitleggen*
redenen van migratie	bij vluchtelingen grote kans dat zij - al dan niet seksuele - geweldervaringen hebben gehad	sensitief zijn voor tekenen van seksueel geweld, soa's en PTSS bij vluchtelingen

PTSS = posttraumatisch stresssyndroom.

* Denk bij kenmerken van het zorgsysteem aan de rol van de huisarts en het feit dat Nederland een terughoudend verwijs- en medicatiebeleid kent.

Meer informatie over etnische en culturele verschillen en hoe eventueel de zorg hierop aan te passen is te vinden op www.huisarts-migrant.nl.

Tabel

Voorbeelden van relevante etnische verschillen in morbiditeit of behandeling

Voor goede zorg is het soms nodig om onderscheid te maken naar migratieachtergrond of afkomst, en kennis hierover past in richtlijnen.⁴ De huidige medische richtlijnen zijn echter inconsistent in het opnemen en benoemen van verschillen in gezondheid en ziektelast tussen bevolkingsgroepen. En de gehanteerde terminologie roept zoals gezegd vragen op. Gelet op het belang van zorgvuldig gebruik van gegevens die aan etniciteit gerelateerd zijn, bespreken we in dit artikel wanneer en hoe onderscheid naar etnische afkomst ons inziens gerechtvaardigd en zinvol is. We noemen een aantal overwegingen ten aanzien van de termen waarmee dit onderscheid het beste – zo neutraal mogelijk – beschreven kan worden.

Op welke aspecten is onderscheid zinvol?

Wij achten het zinvol en gerechtvaardigd om onderscheid te maken naar afkomst wanneer het op grond van wetenschappelijk onderzoek aannemelijk is dat sprake is van een aan etnische afkomst of migratieachtergrond gerelateerd ziekerisico, symptomatische presentatie, diagnostiek, behandeling of prognose én waarbij de zorg aantoonbaar beter wordt door hiermee rekening te houden.⁴ Het is belangrijk om in deze gevallen nauwkeurig na te gaan welk aspect van de afkomst relevant is. Dit kan bijvoorbeeld de reden voor migratie zijn (bijvoorbeeld vluchteling of arbeidsmigrant), maar ook het land van herkomst, het genetisch profiel dan wel de taal of cultuur; de tabel geeft enkele voorbeelden.

Gezien de grote verschillen tussen diverse etnische groepen is het bovendien belangrijk om de etnische afkomst zo specifiek mogelijk te benoemen. Zo is de veelgebruikte term 'niet- westers' erg aspecifiek. Waar houdt het Westen op? En waarom rekent het [CBS](#) Japan en Indonesië wel tot de westerse landen, ondanks een sterk van Nederland verschillende taal, cultuur en genetisch profiel?

Naast etnische afkomst zijn overigens ook andere persoonskenmerken, zoals gender en opleidingsniveau, alsmede individuele wensen en voorkeuren van invloed op de gezondheid en zorg, waardoor ook tussen mensen uit dezelfde etnische groep verschillen bestaan. Dit laatste kan niet genoeg benadrukt worden. Onderzoek en richtlijnen gaan over informatie over groepen, zorg gaat over individuele personen. Kennis over groepen is nodig voor goede individuele zorg, maar altijd moet nagegaan worden of deze kennis ook van toepassing is op de persoon die op dit moment tegenover je zit in de spreekkamer.

Persoonsgerichte zorg

Het belang van persoonsgerichte zorg die aansluit bij kenmerken, omstandigheden en wensen van de individuele patiënt wordt breed erkend.⁵ Seeleman heeft een denkkader ontworpen voor effectieve persoonsgerichte zorg voor mensen met een migratieachtergrond; zij noemt dit 'persoonsgerichte zorg plus', waarbij de plus bestaat uit de benodigde extra kennis over etnische verschillen, een open attitude waarin men zich bewust is van eigen vooroordelen en nieuwsgierig is naar de ander, en vaardigheden om ook met mensen met een andere moedertaal of cultuur effectief te communiceren.⁶ Dit denkkader biedt goede handvatten voor de dagelijkse zorg en voor het onderwijs.^{7,8} Het gebruik van voorbeelden van mensen met verschillende huidskleur of etnische afkomst in het onderwijs leidt tot groter bewustzijn over etnische verschillen, en tot meer persoonsgerichte zorg.⁹

Bij gebrek aan Nederlandse gegevens over etnische gezondheidsverschillen wordt in richtlijnen nogal eens verwezen naar buitenlands onderzoek op dit vlak. Resultaten uit deze onderzoeken kunnen echter niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar Nederland.⁴ De migratiegeschiedenis, maar vooral de context van leefomstandigheden en organisatie van gezondheidszorg, verschilt vaak van de Nederlandse situatie. Zo is het cardiovasculair risico van Zuid-Aziatische mensen in Suriname anders dan dat van deze groep in Nederland.¹⁰ Ook is het allerminst zeker dat Nederlanders van Afrikaanse afkomst dezelfde ziekterisico's hebben als Afro-Amerikanen.

Om het onderzoek aan te laten sluiten op de zorgpopulatie zouden richtlijnmakers daarom het liefst zo veel mogelijk gebruik moeten maken van gegevens uit Nederland, waarvan er steeds meer beschikbaar zijn uit onder andere de SUNSET-, HELIUS- en RODAM-studies (dit zijn meerjarige studies van het Amsterdam UMC met veel deelnemers uit etnische minderheidsgroepen).¹⁰⁻¹² Overigens is de meeste kennis over etnische gezondheidsverschillen in ons land gerelateerd aan het geboorteland, omdat in Nederland etniciteit niet wordt geregistreerd. Hierdoor kunnen de etnische afkomst bij in Nederland geboren mensen met in Nederland geboren ouders van een niet-Nederlandse afkomst onzichtbaar blijven evenals de verschillen tussen bevolkingsgroepen in een bepaald land (bijvoorbeeld Marokkanen met een Berberachtergrond vs. een Arabische achtergrond).

Suggesties voor een vocabulaire

Ongewenste termen: ras, allochtoon en negroïde

Sommige termen waarmee etnische afkomst wordt aangeduid zijn zeer breed of aspecifiek. Daarnaast kunnen ze als kwetsend worden ervaren vanwege de associatie met slavernij, kolonialisme of ongewenst wij-zij-denken.¹³ Dit geldt bijvoorbeeld voor de term 'ras'. Vanwege de toepassing van het concept 'ras' in nazi-Duitsland werd de indeling in rassen in 1951 door de Verenigde Naties verworpen.¹⁴ Inmiddels bestaat in brede wetenschappelijke kring consensus over het gebrek aan wetenschappelijke basis voor de biologische classificatie van menselijke populaties in rassen.¹⁵⁻¹⁷ Desondanks wordt in de Verenigde Staten de term 'ras' nog gebruikt in wetenschappelijke artikelen, waardoor deze ook in sommige Nederlandse medische richtlijnen opduikt ('het negroïde ras' of 'zwarten' in navolging van 'blacks' uit de context van Afro-Amerikanen).

Naast 'ras' worden ook de termen 'allochtoon' en 'negroïde' door velen als ongewenst beschouwd. Aanduidingen als 'creolen' en 'Hindoestanen' worden ook door sommigen bekritiseerd vanwege hun associatie met het Nederlandse koloniale verleden, ondanks hun gebruik in de volksmond. De nieuwere, geografisch neutralere alternatieven als 'Afro-Surinamers' en 'Zuid-Aziatische Surinamers' zijn echter relatief onbekend en worden nog weinig gebruikt in Nederland.

Mogelijke alternatieven

Mogelijke alternatieven voor het brede begrip 'allochtoon' zijn de door het CBS en de overheid gebezigde term 'migratieachtergrond' en de in internationaal onderzoek gangbare term 'etnische minderheid' of 'etnische groepen'. De term 'migratieachtergrond' is van toepassing op mensen die zelf een migratieproces hebben doorlopen (of hun ouders, in welk geval we spreken van 'tweede generatie'). Latere generaties nakomelingen van migranten kunnen zichzelf rekenen tot leden van een bepaalde etnische groep of etnische minderheid. Daarbij merken wij op dat etniciteit een dynamisch begrip is dat kan worden omschreven als 'een gedeelde afkomst, sociale achtergrond, cultuur, taal en/of traditie – al dan niet religieus – die leidt tot een gevoel van groepsidentiteit, die door meerdere generaties in stand wordt gehouden, maar ook over de generaties aan verandering onderhevig kan zijn'.¹⁸ Nederlanders zonder migratieachtergrond kunnen 'mensen van Nederlandse afkomst' worden genoemd.

Omggaan met termen die specifieke groepen aanduiden

Leidend bij de keuze van termen om specifieke groepen aan te duiden zou moeten zijn dat deze de bedoelde groep zo precies mogelijk beschrijven en daarbij zo min mogelijk als kwetsend worden ervaren door de personen die ermee worden aangeduid. In de spreekkamer kunnen we vragen tot welke etnische groep een patiënt zich rekent en hoe deze het liefst aangeduid wil worden. Onderzoekers en richtlijnontwikkelaars zouden meer dan nu het geval is mensen met een migratieachtergrond kunnen betrekken

bij het opstellen en uitvoeren van onderzoeksvoorstellen of richtlijnen. We zouden dan de termen kunnen kiezen waarmee de groep zichzelf aanduidt. Tegelijkertijd moeten we beseffen dat veel mensen zichzelf wél Hindoestaan noemen, maar dat er toch ook mensen zijn die de term vanwege de koloniale herkomst kwetsend vinden. Om dat zoveel mogelijk te voorkomen zouden we binnen de gezondheidszorg het beste neutrale, zo precies mogelijke, geografische termen kunnen gebruiken.

De uiteindelijke keuze voor een term zal contextafhankelijk zijn. Zo zal een geografische aanduiding ook weer niet altijd nodig of geschikt zijn. Wanneer huidskleur van medisch belang is bijvoorbeeld, zoals bij vitamine D-tekort, is het relevanter om te spreken in termen van donkere en lichte huidskleur. Overigens is het goed om te bedenken dat een verandering van term nog niet de onderliggende oorzaak van de negatieve associatie wegneemt.

Hoe verder? Een uitnodiging tot discussie

Met onze overwegingen en suggesties willen wij een aanzet geven tot het genuanceerd onderscheid maken naar etnische afkomst in de Nederlandse gezondheidszorg. We hopen dat anderen zich geroepen voelen met ons de discussie hierover aan te gaan. In elk geval zouden we daartoe gremia en netwerken van onderzoekers, richtlijnontwikkelaars en zorgverleners alsmede onderwijsinstellingen en burgers uit verschillende etnische groepen willen uitnodigen. Deze discussie zal niet alleen gaan over de terminologie, maar ook over de denkbeelden die daaraan ten grondslag liggen.

Wij kunnen ons voorstellen dat vanuit medische beroepsverenigingen, of onderwijsinstellingen zo'n discussie wordt geïnitieerd, bijvoorbeeld in de vorm van een beraad. Uiteindelijk kan dit leiden tot suggesties voor een neutrale, medisch passende terminologie; een landelijke werkgroep zou de suggesties kunnen verzamelen en verspreiden. Onderscheid maken naar etnische afkomst is soms belangrijk voor goede persoonsgerichte gezondheidszorg, maar enkel en alleen wanneer de invulling ethisch verantwoord is en aansluit bij de context van de patiënt.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5445
- Radboudumc, afd. Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof.dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts (tevens: Pharos, Utrecht). Universiteit Maastricht, Maastricht. Faculteit Health, Medicine and Life Sciences: drs. J. Quarsie, aios sociale geneeskunde. Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde: prof.dr. J.S. Burgers, huisarts (tevens: Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht). Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Public and Occupational Health, Amsterdam: prof.dr. C. Agyemang, epidemioloog.
- Contact: M.E.T.C. van den Muijsenbergh (M.vandenmuijsenbergh@pharos.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- De volgende personen hebben in gelijke mate als de genoemde auteurs bijgedragen aan dit artikel: drs. Eldine H. Oosterberg, dr. Eric P. Moll van Charante en drs. Janneke H.M. Veeze-van der Velden. Prof.dr. Karien Stronks gaf waardevol commentaar bij eerdere versies van dit artikel.

Aanvaard op 23 december 2020

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5445

Literatuur

1. Buckle J. [Ras vanuit een medisch-sociologisch perspectief](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D2652.
2. Alderliesten ME, Stronks K, van Lith JM, et al. Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;138:164-70. [doi:10.1016/j.ejogrb.2007.08.022](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.08.022). [Medline](#)
3. Snijder MB, Galenkamp H, Prins M, et al. Cohort profile: the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam, The Netherlands. BMJ Open. 2017;7:e017873. [doi:10.1136/bmjopen-2017-017873](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017873). [Medline](#)
4. Stronks K, Wieringa NF, Hardon A. Confronting diversity in the production of clinical evidence goes beyond merely including under-represented groups in clinical trials. Trials. 2013;14:177. [doi:10.1186/1745-6215-14-177](https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-177). [Medline](#)
5. Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern medical practice. Int J Pers Cent Med. 2011;1:207-22. [doi:10.5750/ijpcm.v1i2.61](https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i2.61).
6. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. Med Educ. 2009;43:229-37. [doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x). [Medline](#)
7. Van den Muijsenbergh ME, Oosterberg EH. [Patiëntgericht én cultureel competent: goede zorg voor allochtone patiënten vereist](#)

- [specifieke competenties](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5612 [Medline](#).
8. Hordijk R, Hendrickx K, Lanting K, MacFarlane A, Muntinga M, Suurmond J. Defining a framework for medical teachers' competencies to teach ethnic and cultural diversity: Results of a European Delphi study. Med Teach. 2019;41:68-74. [doi:10.1080/0142159X.2018.1439160](#). [Medline](#)
 9. Nolen L. How medical education is missing the bull's-eye. N Engl J Med. 2020;382:2489-91. [doi:10.1056/NEJMp1915891](#). [Medline](#)
 10. Diemer FS, Snijder MB, Agyemang C, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Surinamese living in Suriname and The Netherlands: the HELISUR and HELIUS studies. Intern Emerg Med. 2020;15:1041-9. [doi:10.1007/s11739-019-02269-z](#). [Medline](#)
 11. Agyemang C, Beune E, Meeks K, et al. Rationale and cross-sectional study design of the Research on Obesity and type 2 Diabetes among African Migrants: the RODAM study. BMJ Open. 2014;4:e004877. [doi:10.1136/bmjopen-2014-004877](#). [Medline](#)
 12. Agyemang C, van Valkengoed I, Koopmans R, Stronks K. Factors associated with hypertension awareness, treatment and control among ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: the SUNSET study. J Hum Hypertens. 2006;20:874-81. [doi:10.1038/sj.jhh.1002073](#). [Medline](#)
 13. Helberg-Proctor A, Meershoek A, Krumeich A, Horstman K. 'Foreigners', 'ethnic minorities', and 'non-Western allochtoons': an analysis of the development of 'ethnicity' in health policy in the Netherlands from 1970 to 2015. BMC Public Health. 2017;17:132. [doi:10.1186/s12889-017-4063-8](#). [Medline](#)
 14. Unesco. [Statement on the nature of race and race differences](#). Parijs: Unesco; 1951.
 15. Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. J Epidemiol Community Health. 2004;58:441-5. [doi:10.1136/jech.2003.013466](#). [Medline](#)
 16. Livingstone F, Dobzhansky T. On the non-existence of human races. Curr Anthropol. 1962;3:279-81. [doi:10.1086/200290](#).
 17. Edgar H, Hunley K. Race reconciled? How biological anthropologists view human variation. Am J Phys Anthropol. 2009;139:1-4. [Medline](#)
 18. Agyemang C, Bhopal R, Bruijnzeels M. Negro, black, black African, African Caribbean, African American or what? Labelling African origin populations in the health arena in the 21st century. J Epidemiol Community Health. 2005;59:1014-8. [doi:10.1136/jech.2005.035964](#). [Medline](#)
 19. Van Gelder T, Van Schaik R. [Farmacogenetica in de dagelijkse praktijk](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4191.
 20. Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016;388:1081-8. [doi:10.1016/S0140-6736\(16\)30579-7](#). [Medline](#)

Reactie

Verwijzingen naar etnische afkomst in richtlijnen

Door: dr. M.A. Pols, adjunct-directeur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Het artikel van professor Van den Muijsenbergh benoemt een relevant onderwerp. Het is goed dat we ons bewust zijn van de associaties die het gebruik van bepaalde woorden, bedoeld om bevolkingsgroepen aan te duiden, oproept, en dat hier in de loop der tijd veranderingen in optreden. Als voorbeelden worden de richtlijnen 'Chronische nierschade' en 'Cardiovasculair risicomangement' aangehaald. Daarin wordt gesproken over 'negroïde ras' en 'zwarte mensen', hetgeen natuurlijk niet bedoeld is om bevolkingsgroepen te stigmatiseren.

Het doel van richtlijnen is immers het beschrijven van goede zorg voor patiënten, ongeacht hun afkomst of andere onderscheidende kenmerken. Wij zijn het eens met collega Van den Muijsenbergh dat het in sommige gevallen nodig is om in richtlijnen onderscheid te maken naar etniciteit, als er voldoende bewijs is dat dit nodig is om goede zorg te kunnen leveren.

Zowel in de beschrijving van de literatuuranalyse als in de overwegingen en aanbevelingen kunnen verwijzingen naar etnische afkomst voorkomen. Dat is nodig om de literatuur goed te kunnen interpreteren en om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken.

Het dilemma is om deze verwijzingen eenduidig en specifiek te laten zijn en aan te laten sluiten bij de richtlijngebruiker, zonder kwetsend of stigmatiserend te zijn voor de betreffende patiëntengroep.

Wij onderschrijven dat het noodzakelijk is om de discussie te voeren welke terminologie hiervoor gebruikt kan worden. De voorbeelden die genoemd zijn laten zien dat hier zeker verbetering mogelijk is. Als richtlijnontwikkelaars zullen wij graag participeren in een discussie met betrokken partijen over dit onderwerp, met als doel een scherpe beschrijving van goede zorg, waar nodig gespecificeerd naar etnische achtergrond, op een manier die voor iedereen goed voelt.

Reactie

De keerzijde van gerechtvaardigd onderscheid – pas op voor een Babylonische spraakverwarring

Door: dr. A. Thijs, internist (Amsterdam UMC, locatie AMC)

Het geneeskundig proces is een hobbelige weg. De bedoeling is om patiënten zo precies mogelijk van de optimale zorg te voorzien. In deze zinnen trek ik terloops, en daarmee bijna onwillekeurig, al ten minste drie grenzen: 'geneeskundig' ten opzichte van andere processen; 'patiënt' ten opzichte van andere cliënten; 'optimaal' is een keuze uit het totale, mogelijke zorgaanbod. Zo beschouwd gaat geneeskunde over selecteren, beoordelen en onderscheid maken.

De goede bedoeling daarvan is dat de patiënt na een niet al te lang en invasief diagnostisch traject – en ja: hierbij moet gebruikgemaakt worden van waarschijnlijkheden en groepskenmerken – een begeleiding krijgt die op de persoon is toegesneden en goed uit te leggen is – en ja, hierbij moet rekening gehouden worden met sekse, leeftijd, gender, taal, vocabulaire, opleidingsniveau en culturele achtergronden en gevoeligheden.

Deze goede bedoeling moet worden aangeleerd, en tussen zorgverleners worden overgedragen. Taal is daartoe een prachtig en onmisbaar doch onvolmaakt instrument.

Aan deze goede bedoeling en het instrument dat daarvoor wordt gebruikt kleven tal van bewaren, soms zelfs grote bezwaren. Waarschijnlijkheden op groepsniveau kunnen worden beleefd als 'zekerheden' en zo leiden tot het ontstaan van vooroordelen – zelfs op individueel niveau – als er niet voldoende 'checks and balances' worden ingebouwd. Die 'zekerheden' die zo ontstaan buiten de context waarin ze bedoeld zijn, zouden weleens een moreel oordeel kunnen worden. De groepskenmerken kunnen aanstootgevend worden verwoord. Degene die er aanstoot aan neemt, kan zich daardoor onvoldoende gehoord en erkend voelen. De gebruiker van de taal zou er inderdaad bedoeld aanstoot mee kunnen geven. Allemaal waar. Maar... ligt dat aan de taal en de woorden, of aan de zenders en ontvangers? Lossen we dit probleem op met termen als 'mens van Nederlandse afkomst' in plaats van 'Nederlander' of 'Zuid-Aziatisch-Surinamer' in plaats van 'Hindoestaan'? Met evenveel aplomb zou kunnen worden beweerd dat dit type nieuwspraak de discussie juist afleidt van waar het over zou moeten gaan, of – erger nog – dat het gevoelens van wederzijdse vervreemding aanzwengelt.

Geen enkele talige terminologie komt uit onder het juk van onvoldoende precisie op individueel niveau. Dat geldt ook voor termen uit de sfeer van migratie, geografie, etniciteit, ras, religie, of traditie. Het blijft hoe dan ook behelpen. Een blik op de etymologie van woorden leert hier soms veel over de verschuivingen in betekenis in de loop van de tijd en op verschillende plaatsen.

En juist op dat behelpen moeten we elkaar bevragen: open, laagdrempelig, met zo weinig mogelijk oordeel, rekening houdend met gevoeligheden – die van persoon tot persoon enorm kunnen verschillen – en met de onmogelijkheid om het altijd juist te doen in andermans ogen. Ik geloof dan ook niet in een talige oplossing van dit niet-talige probleem in de geneeskunde.