



# Discriminatie en gezondheid

Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op  
gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen

## Colofon

### **Auteurs:**

Tessa van Loenen, Karen Hosper en Judith Venderbos

### **Infographics:**

Jacqueline Hofstra Ontwerp

### **Vormgeving:**

Zwerver Grafische Vormgeving

### **Met dank aan:**

Sanne Niemer, Karin Egelmeer, Sevde Koca, Roshnie Kolste, Anna de Haan, Gudule Boland, Kaveh Bouteh, Emily Allwood en Maria van den Muijsenbergh

Dit document is een uitgave van Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.  
Maart 2022

# Inhoud

Voorwoord	4
1 Inleiding	6
2 Wat verstaan we onder discriminatie?	8
3 Hoe leidt discriminatie tot ongezondheid en gezondheidsverschillen?	16
4 Discriminatie in de gezondheidszorg	23
5 Wat werkt in het tegengaan van discriminatie in de zorg?	35
Slotwoord	46
Referenties	47

# Voorwoord

Discriminatie schaadt de gezondheid van mensen. Ervaringen met discriminatie zijn pijnlijk, geven het gevoel er niet bij te horen en niet volwaardig mee te doen aan de samenleving. Mensen verliezen daardoor hun vertrouwen in instanties en voelen zich eerder onveilig. Ook versterkt discriminatie de sociale ongelijkheid in de maatschappij, doordat mensen niet dezelfde kansen krijgen op een goede opleiding, baan of woning. Dit alles leidt tot ongezonde stress, waar mensen letterlijk ziek van kunnen worden. Discriminatie is daarmee een belangrijke veroorzaker van gezondheidsverschillen.

Vanuit Pharos vinden wij het dan ook tijd hier meer aandacht voor te vragen. Discriminatie is voor velen een ongemakkelijk onderwerp om te bespreken. Met het bespreekbaar en zichtbaar maken van de gevolgen kunnen we samen onderzoeken wat er beter kan. Erkenning is daarbij een sleutelwoord.

Allereerst is er erkenning nodig dat discriminatie in Nederland plaatsvindt, in meer of mindere mate in alle domeinen van het leven. Op de woningmarkt, in het onderwijs, op de werkvloer en dus ook in de gezondheidszorg. Gebeurtenissen als de toeslagenaffaire laten zien dat er ongerechtvaardigd onderscheid gemaakt wordt op basis van etnische afkomst. De aanpak van dergelijke ongelijke behandeling begint met het onder ogen komen en erkennen dat er een probleem is.

In deze publicatie geven we een overzicht van de huidige kennis over de werking van discriminatie en de gevolgen ervan voor de gezondheid van mensen. Vervolgens gaan we nader in op de impact van discriminatie specifiek binnen het domein van de gezondheidszorg. Op welke niveaus binnen de zorg

is er bewust of onbewust sprake van discriminatie? Op welke wijze speelt het zorgsysteem, het medische onderwijs, het wetenschappelijk (medisch) onderzoek en het beleid van zorgorganisaties hierin een rol?

We benoemen de problematiek, maar we laten ook zien waar kansen en oplossingen liggen voor het tegengaan van discriminatie. We hopen dat deze publicatie je stimuleert om te reflecteren op je eigen werkveld, organisatie, opleiding of onderzoek, er samen over in gesprek te gaan en mogelijke vormen van discriminatie aan te pakken.

De verantwoordelijkheid om discriminatie en (on)bewuste uitsluiting tegen te gaan, ligt bij ons allemaal. Van bestuurders van zorginstellingen, beleidsmakers, opleiders en docenten tot aan verplegers, verzorgers en medisch specialisten. Als we iedereen de best passende zorg willen leveren, dan betekent dat dat we alert moeten zijn op alle mogelijke vormen van impliciete en expliciete discriminatie.

De wetenschappelijke onderbouwing in deze publicatie is aangevuld met praktijkkennis en ervaringen van de mensen om wie het gaat. Pharos heeft gesprekken gevoerd met zorggebruikers en zorgverleners. Deze mensen hebben openhartig met ons gedeeld wat zij meemaakten in de zorg en wat dit met hen deed. De volledige uitkomsten van deze gesprekken staan in het onderzoeksverslag 'Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg'.<sup>1</sup>

*Patricia Heijdenrijk,  
directeur Pharos*

Pharos is het expertisecentrum gezondheidsverschillen. In de praktijk lezen en horen we verhalen over discriminatie op basis van etnische achtergrond, huidskleur of religie en hoe dit de gezondheid van mensen negatief beïnvloedt. Onderzoek wijst uit dat mensen met een migratieachtergrond meer discriminatie ervaren dan mensen zonder migratieachtergrond.<sup>2,3</sup> In deze publicatie leggen we uit en onderbouwen we hoe discriminatie op basis van etniciteit de gezondheid van mensen kan schaden en gezondheidsverschillen in de hand kan werken. We besteden extra aandacht aan de werking van discriminatie binnen het domein van de gezondheidszorg.

## **Discriminatie en gezondheidsverschillen**

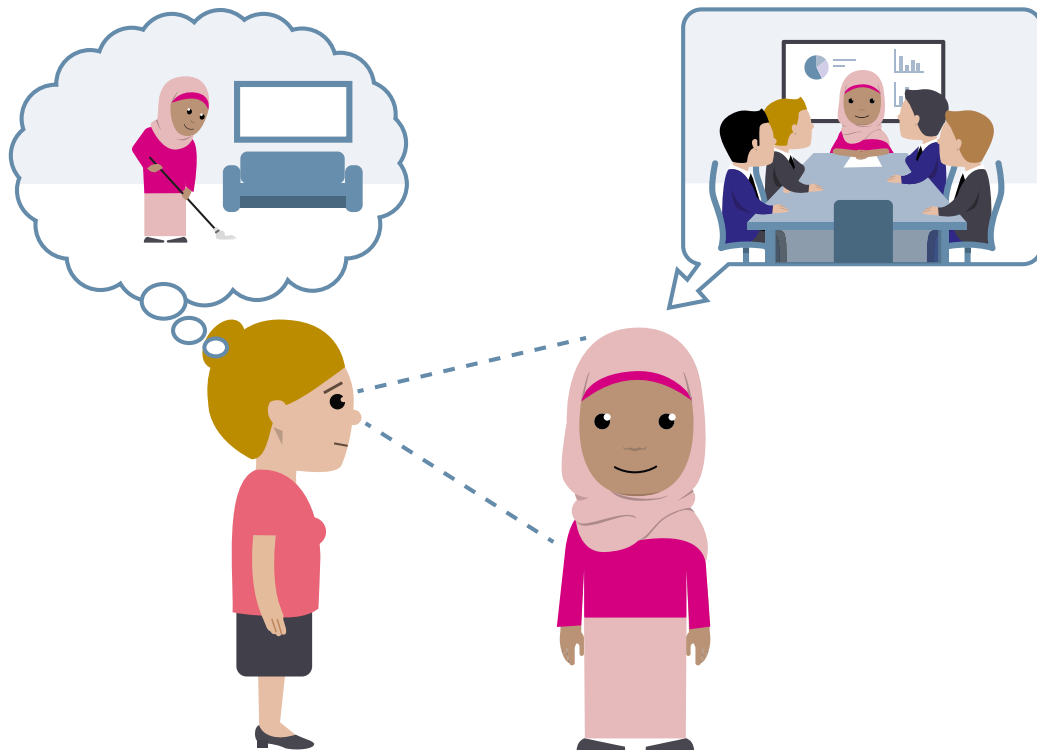
Discriminatie gaat over ongerechtvaardigde ongelijke behandeling die in allerlei domeinen en situaties kan voorkomen, zoals in het onderwijs, bij de huisvesting, op de arbeidsmarkt, in de gezondheidszorg of in het contact met instanties en voorzieningen. Behalve dat het leidt tot ongelijke kansen, kan discriminatie ook langdurige stress veroorzaken die schadelijk is voor iemands mentale en fysieke gezondheid. Herhaalde blootstelling aan discriminatie leidt daarmee tot ongezondheid en speelt, naast andere sociale determinanten, een belangrijke rol in het ontstaan en in stand houden van gezondheidsverschillen.<sup>4</sup>

## **Discriminatie in de zorg**

De gezondheid van Nederlanders met een migratieachtergrond wordt extra benadeeld doordat zij in de gezondheidszorg discriminatie

ervaren en hierdoor (risico lopen) niet de juiste zorg te ontvangen. We bespreken in deze publicatie wat er bekend is over de discriminatie binnen de zorg en welke gevolgen dat kan hebben voor de gezondheid, toegang, kwaliteit en uitkomsten van zorg voor patiënten met een migratieachtergrond. In Nederland is hier relatief weinig expliciet onderzoek naar gedaan. Veel studies zijn uitgevoerd in Amerika, waar over het algemeen meer maatschappelijke en wetenschappelijke aandacht is voor racisme en discriminatie in de samenleving. Echter, op basis van signalen en verhalen uit de praktijk van professionals en zorggebruikers in Nederland is duidelijk dat discriminatie hier net zo goed speelt. Discriminatie en uitsluiting vindt plaats op verschillende niveaus binnen het zorgsysteem. Deze niveaus hangen allemaal met elkaar samen. Discriminatie op basis van etnische achtergrond komt voor in de spreekkamer, in de medische opleiding, in het wetenschappelijk onderzoek, in de standaarden en richtlijnen voor kwaliteit van zorg, en in het beleid van organisaties. We geven voor elk van deze onderdelen aan hoe discriminatie in stand gehouden wordt en op welke manier betrokkenen kunnen bijdragen aan het voorkomen ervan. De handelingsopties zijn bedoeld voor een brede groep van professionals, bestuurders, beleidsmakers en opleiders op het terrein van gezondheid en zorg.

We baseren ons op kennis uit wetenschappelijke studies, gecombineerd met praktijkervaringen en goede voorbeelden. Bevindingen uit de literatuur worden geïllustreerd met recente uitspraken en verhalen van zorggebruikers met



een migratieachtergrond. Pharos heeft met hen gesproken over wat zij meemaken in de zorg en welke impact dat heeft op hun welbevinden en hoe ze tegen de zorg aankijken. Ook hebben we een aantal zorgverleners ondervraagd over welke vormen van discriminatie zij tegenkomen in hun dagelijks werk, binnen hun organisatie en bij collega's. De volledige rapportage met ervaringsverhalen is te vinden in de *publicatie Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg*.<sup>1</sup>

### **Discriminatie op meerdere gronden**

Het is tot slot belangrijk om de parallellen te zien met andere gronden waarop mensen

gediscrimineerd worden. Die kunnen net zo goed leiden tot gezondheidsverschillen. Iemand's identiteit wordt bepaald door meerdere kenmerken tegelijk, denk bijvoorbeeld aan sociale klasse, gezondheid, religie, seksuele oriëntatie, leeftijd en sekse. Vaak spelen die kenmerken gelijktijdig een rol bij discriminatie. Discriminatie op andere gronden dan etniciteit kan dezelfde gevolgen hebben als discriminatie op grond van etniciteit. Om deze reden zijn de handelingsperspectieven die we bieden in deze publicatie deels ook bruikbaar bij het verminderen van discriminatie op andere gronden dan etnische afkomst.

## Wat verstaan we onder discriminatie?

### Definities

Discriminatie is de ongerechtvaardigde ongelijke behandeling van personen op basis van fysieke kenmerken of de sociale groep waartoe mensen behoren.<sup>2,3,5</sup> Onderscheid maken tussen groepen gebeurt vaak op basis van onderliggende vooroordelen, stereo-typen of ervaren tegenstellingen (de ander wordt als tegenstander gezien of iemand met tegengestelde meningen). Vaak vindt discriminatie plaats op basis van etniciteit of huidskleur, seksuele geaardheid, geslacht of genderidentiteit. Maar ook treft het individuen of gemeenschappen met een verscheidenheid aan fysieke en sociale kenmerken, zoals leeftijd, lichaamsgrootte, sociale klasse of religie.

Discrimineren is bij wet verboden. De *juridische* definitie van discriminatie gaat om het ongeoorloofd onderscheid maken op gronden die er niet toe doen (zie box 1). *Ervaren discriminatie* gaat om wat mensen zelf ervaren als discriminatie of onrechtvaardige behandeling. Het kan zijn dat wat juridisch gezien als discriminatie wordt beschouwd niet zo ervaren wordt, en andersom dat wat zo ervaren wordt niet onder de juridische definitie valt.<sup>3</sup> Beide mogelijkheden kunnen echter een grote impact op gezondheid hebben. Er kan sprake zijn van *chronische ervaren discriminatie* wanneer mensen over een langere periode ervaren dat ze gediscrimineerd worden en vaak op meerdere gronden en

### Box 1. Discriminatie is bij wet verboden

Het ongeoorloofd onderscheid maken tussen en achterstellen van groepen en individuen op basis van kenmerken die in die specifieke situatie niet van belang zijn is ontoelaatbaar. Dit is vastgelegd in artikel 1 van de Nederlandse grondwet, waarin staat dat discriminatie op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, 'ras', geslacht of welke andere grond dan ook, niet is toegestaan. Artikel 1 is uitgewerkt in een aantal wetten om het recht op gelijke behandeling te garanderen.

Bron: <https://mensenrechten.nl/nl/gelijkebehandelingswetgeving>

De juridische definitie van discriminatie staat als volgt in het wetboek: 'Onder discriminatie of discrimineren wordt verstaan elke vorm van onderscheid, elke uitsluiting, beperking of voorkeur, die ten doel heeft of ten gevolge kan hebben dat de erkenning, het genot of de uitoefening op voet van gelijkheid van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel terrein of op andere terreinen van het maatschappelijk leven, wordt teniet gedaan of aangetast.'

Bron: <http://www.wetboek-online.nl/wet/Sr/90quater.html>



leefgebieden tegelijk. Dit laatste wordt ook wel intersectionaliteit of kruispuntdenken genoemd: een persoon kan worden geconfronteerd met meervoudige discriminatie op grond van zijn sociale identiteit (leeftijd, gender, gedrag, gezondheid, etc.). Hier vertellen we verderop in het hoofdstuk meer over.

Op hoe meer gronden of leefgebieden mensen discriminatie ervaren, des te sterker zij zich terugtrekken uit de maatschappij en des te groter de kans dat zij zich niet meer verbonden voelen.<sup>2</sup> Discriminatie leidt tot gevoelens van sociale uitsluiting en afwijzing van de sociale groep waartoe je behoort. Mensen die langdurig blootgesteld zijn aan discriminatie ervaren vaak ook gevoelens van machteloosheid en gebrek aan controle over hun eigen leven.

### **Bij wie en hoe vaak?**

De monitor van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)<sup>3</sup> geeft inzicht in de frequentie waarmee mensen in Nederland discriminatie ervaren. Bij inwoners met een migratieachtergrond komt dit vaker voor dan bij inwoners zonder migratieachtergrond. Met migratieachtergrond wordt in dit onderzoek bedoeld dat iemand zelf in het buitenland is geboren of dat minstens een van de ouders in het buitenland is geboren. Ruim de helft (55%) van de mensen met een migratieachtergrond ervaart weleens discriminatie, tegenover 22% van de mensen zonder migratieachtergrond.<sup>2</sup> Ook andere peilingen laten zien dat mensen met een migratieachtergrond vaker discriminatie ervaren.<sup>6</sup> Mensen van de tweede generatie melden meer discriminatie (61%) dan

die van de eerste generatie (52%). De meeste discriminatie wordt ervaren op basis van huidskleur, geloof en etnische achtergrond. In mindere mate spelen leeftijd, geslacht, een beperking of seksuele oriëntatie een rol.

Op alle domeinen - onderwijs, (het zoeken naar) werk, contacten met instanties en in openbare ruimten - ervaren inwoners met een migratieachtergrond meer discriminatie (55-59%) dan inwoners zonder migratieachtergrond (12-25%). De ervaren discriminatie is het grootst binnen het onderwijs (middelbare scholieren en studenten) en op het werk. De gezondheidszorg is niet specifiek onderzocht in deze monitor.<sup>2</sup> Maar in een ander (internationaal) onderzoek, waarin ook Nederland was vertegenwoordigd, werd wel specifiek naar de zorg gekeken, met name de eerstelijnszorg. In Nederland voelen mensen met een migratieachtergrond zich vaker gediscrimineerd (op grond van hun etniciteit) in de eerstelijnszorg dan respondenten zonder migratieachtergrond.<sup>7</sup>

### **Hoe komt discriminatie tot stand?**

Discriminatie vindt plaats op twee niveaus: *individueel en institutioneel*. De individuele discriminatie verwijst naar interpersoonlijke ervaringen waarbij de ene persoon de ander discrimineert. Dit kan zich uiten in ongevoelige opmerkingen, negatieve bejegening, beledigingen, uitsluiting, microagressie, of zelfs (dreigen met) geweld. Dit soort levenservaringen hebben waarschijnlijk dezelfde invloed op de gezondheid als andere stressvolle of traumatische ervaringen.<sup>5</sup> Daarnaast zijn er op institutioneel niveau ervaringen met discriminatie. Hiervan spreken

## Box 2. Wanneer spreken we van racisme?

Er worden verschillende definities van racisme gehanteerd. In deze definities gaat het vaak over de onterechte overtuiging dat mensen kunnen worden onderverdeeld in rassen en dat er een verband is tussen bepaalde fysieke eigenschappen (zoals huidskleur) en eigenschappen als persoonlijkheid, intellect of gedrag. Ook wordt vaak het geloof genoemd dat sommige rassen van nature superieur zijn aan andere.

Een racistisch systeem deelt bevolkingsgroepen in rassen in en gebruikt deze rangorde om sociale goederen en middelen bij voorkeur toe te wijzen aan groepen die als superieur worden beschouwd. De term 'ras' is echter een sociaal construct dat bedacht is op gronden die er niet toe doen, zoals huidskleur. Er is geen wetenschappelijke basis voor het onderverdelen van mensen in biologische rassen.<sup>8</sup> Racisme leidt vaak tot het ontwikkelen van negatieve attitudes en ideeën over bepaalde groepen en het anders behandelen (discriminatie) van leden van deze groepen, zowel door individuen als sociale instituties.

Gloria Wekker, emeritus hoogleraar Gender en Etniciteit, beschrijft de ideologie van racisme als onderdeel van de Nederlandse en Europese culturele geschiedenis. De onbewuste bias in de samenleving wordt als het ware gevoed door de geschiedenis van een land. De ideologie van de witte superioriteit (ook wel white supremacy genoemd) ontstond in de negentiende eeuw en had als doel om de uitbuiting van niet-witte mensen te legitimeren, zoals in de slavernij en het kolonialisme.<sup>9</sup> Deze ideologie is de basis van de nog steeds heersende 'witte privileges' (white privilege). Wit privilege verwijst naar de grotere toegang tot macht en middelen die witte mensen hebben enkel omdat ze wit zijn.<sup>10</sup>

we als de uitwerking van wet- en regelgeving verschillend uitpakt tussen groepen. Het gevolg kan zijn dat middelen zoals huisvesting, kansen op onderwijs, banen, strafrecht en andere sociale gezondheidsdeterminanten verschillend over groepen worden verdeeld. Institutionele discriminatie wordt niet altijd bewust waargenomen door de persoon die gediscrimineerd wordt, maar kan leiden

tot omstandigheden die zeer stressvol zijn en ongezondheid in de hand werken, zoals werkloosheid en een slechte huisvesting en woonomgeving.

Discriminerend gedrag - het onnodig onderscheid maken tussen groepen - gebeurt vaak op basis van *vooroordelen* of *stereotypering*. Van sommige van deze vooroordelen en stereotypen zijn mensen zich bewust (expliciete bias), maar

van andere zijn ze zich helemaal niet bewust (impliciete bias). Vooroordelen zijn (negatieve) gevoelens over een bepaalde groep met stereotiepe, overdreven denkbeelden over groepen mensen.<sup>3</sup>

Vooroordelen en stereotypen zijn het resultaat van gewone hersenfuncties. Ongeveer 95% van onze hersenprocessen is onbewust, en slechts 5% is bewust.<sup>11</sup> Door de onbewuste processen kun je snel schakelen, snel een oordeel ergens over geven of snel handelen. Bijvoorbeeld: roofdieren zijn gevaarlijk; daar loop je niet op af. Zoek je een politieagent in de menigte, dan kijk je uit naar een blauw uniform. Deze stereotiepe opvattingen zijn het gevolg van informatie en ervaringen die we (bewust of onbewust) hebben meegemaakt of die ons zijn aangeleerd: bijvoorbeeld in de media, het nieuws, het onderwijs of conversaties.

Deze functies zijn dus heel handig en zorgen ervoor dat je snel en zonder veel energie kan handelen. Maar ze brengen ook een risico met

zich mee. Zo hebben we associaties over mensen op basis van hun etniciteit, geslacht, geloof of sociale (economische) positie. Vooroordelen ontstaan als we vaak bewust of onbewust waarnemen dat bepaalde identiteitsgroepen worden gelinkt aan bepaalde kenmerken. We gaan dan deze groep automatisch en onbewust associëren met deze kenmerken, ongeacht of dit overeenkomt met de realiteit. Een voorbeeld: in kinderboeken, films of series worden dokters meestal met een witte jas afgebeeld. De witte jas wordt zo het kenmerk van een arts. Dit is in veel gevallen helemaal niet waar: niet alle artsen dragen witte jassen en andere beroepsgroepen dragen die ook. Toch zul je bij het zien van iemand in een witte jas al snel aan een zorgverlener denken.

### Vooroordelen

Impliciete vooroordelen - ook wel *impliciete bias* of *onbewuste bias* genoemd - leiden tot een houding die op een onbewuste manier

### Box 3. Iedereen heeft bepaalde vormen van bias - een raadsel

Een vader en zoon gaan samen op vakantie. Onderweg krijgen ze een ernstig auto-ongeluk. De vader overleeft het niet. De zoon is ernstig gewond en wordt met spoed naar het ziekenhuis gebracht. Eenmaal op de operatietafel komt de chirurg binnen en die zegt: 'Ik kan deze jongen niet opereren, hij is mijn zoon.' Wat is hier aan de hand?

*\* Heb je moeite met dit raadsel? Dat kan te maken hebben met onbewuste verwachtingen van het gedrag en de rollen van mannen en vrouwen. De chirurg kan net zo goed een vrouw zijn; er zijn dus meer mogelijkheden dan die van het traditionele rolpatroon.*

invloed heeft op ons begrip, onze handelingen en beslissingen. Deze vooroordelen worden onvrijwillig geactiveerd zonder dat je je er bewust van bent of er opzettelijke controle over hebt. Het kunnen zowel positieve als negatieve gevoelens zijn over een groep. Iedereen is daar vatbaar voor.

Discriminatie verwijst naar een actie of nalatigheid op basis van vooroordelen en stereotypen, die niet zou hebben plaatsgevonden als de gediscrimineerde als lid van een andere groep was gezien. Veel discriminatie gebeurt *expliciet* en doelbewust, waarbij mensen andere mensen bewust benadelen of ongelijk behandelen. Discriminatie op basis van *impliciete* vooroordelen komt daarnaast veelvuldig voor. Ongeacht de bedoeling en de vraag of de discriminatie bewust of onbewust is, heeft discrimineren gevolgen, ook voor de gezondheid.

## Microagressie

Een veelvoorkomende vorm van subtiele discriminatie is *microagressie*. Deze term werd geïntroduceerd door Pierce in 1970 in de Verenigde Staten. Microagressies zijn alledaagse verbale en non-verbale uitingen die als beledigend of denigrerend worden ervaren.<sup>12</sup> Vaak gaat het om subtiele opmerkingen of gedragingen die op een negatieve manier refereren aan iemands (etnische) achtergrond. Dit lijkt in de ogen van de persoon die ze uit vaak onschuldig en gebeurt soms onbewust. Echter, een regelmatige blootstelling aan dit soort subtiele opmerkingen of incidenten leidt bij de ontvanger tot het gevoel niet voor vol te worden aangezien en heeft een negatieve invloed op het psychisch welbevinden. Volgens onderzoekers zijn microagressies schadelijk voor het welbevinden en het zelfvertrouwen van mensen.<sup>13</sup>

## Ervaringsverhaal

Wat microagressie is wordt duidelijk als een vrouw van Marokkaans-Nederlandse afkomst vertelt over de opmerkingen die zij kreeg tijdens een congres. De impliciete boodschap achter deze vraag was: jij wordt vast onderdrukt binnen jouw familie:

*"Ik was eens op een congres en toen zei een man, volgens mij ook een arts, tegen mij: 'Mag je hier wel zijn van je broer en je vader?' Ik was echt verbijsterd. Hij had een beeld dat mannen in mijn familie mij niet zouden steunen en dat het bij mij dan een uitzondering was. Dat soort vooroordelen, dat je als vrouw niets te zeggen hebt."*

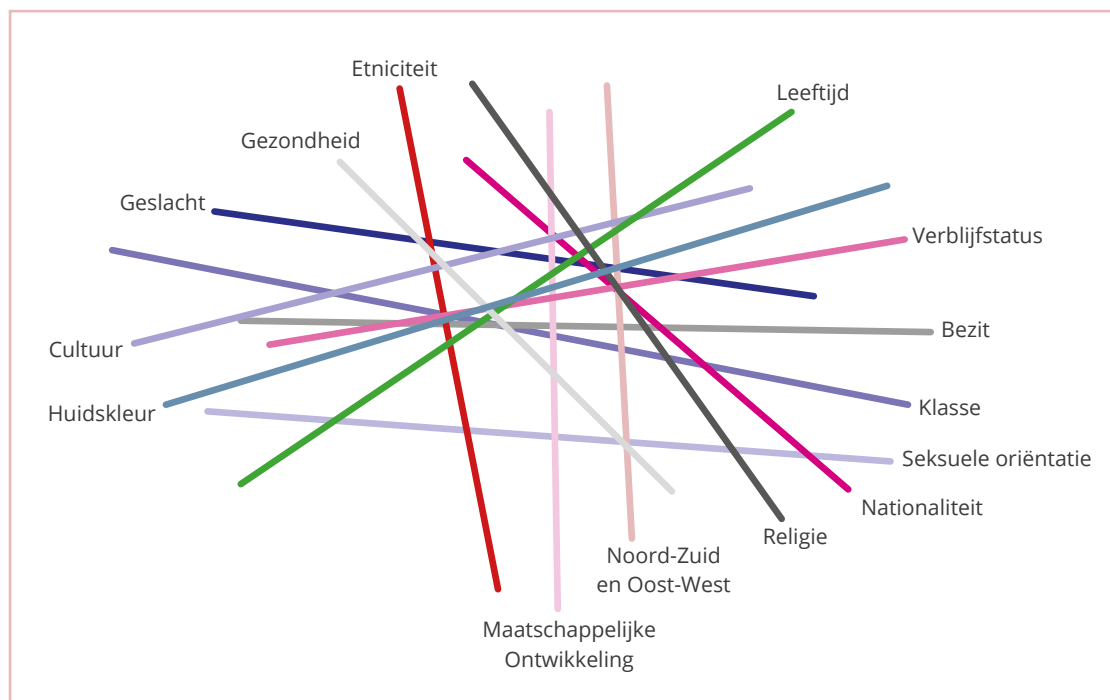
Voorbeelden van microagressies in gedrag:

- Een witte man checkt of zijn portemonnee nog in zijn jaszak zit op het moment dat iemand van kleur langsloopt.
- Een winkeleigenaar volgt een klant van kleur door de winkel (terwijl andere klanten hun gang kunnen gaan).
- Een witte vrouw laat de lift voorbijgaan als er al een man met een donkere huidskleur in staat.

### Intersectionaliteit of kruispuntdenken

De term *intersectionaliteit* verwijst naar een belangrijke sociologische theorie die ervan uitgaat dat een persoon kan worden geconfronteerd met meervoudige discriminatie op grond van sociale identiteit. Iemand's sociale identiteit - het gevoel van wie je bent - wordt gevormd door verschillende identiteitsassen en de plekken waar die assen elkaar raken (figuur 1).

**Figuur 1. Veertien assen van identiteitsvorming\***



\* Lutz, Helma. 'Zonder blikken of blozen. Het standpunt van de (nieuw-)realisten'. Tijdschrift voor Genderstudies. Multiculturalisme & feminisme. Gepubliceerd in 2002.

Deze assen zijn bijvoorbeeld etniciteit, geslacht, klasse, religie, leeftijd, seksuele oriëntatie of gezondheid. Je identiteit is opgebouwd uit een combinatie van deze factoren. Iemand kan een vrouw zijn. Een donkere huidskleur hebben. En een migratieachtergrond. Alleenstaand zijn. En een beperking hebben. Elke nieuwe factor erbij is bepalend voor de identiteitsvorming en hoe de samenleving tegen iemand aankijkt. Is iemand bijvoorbeeld rijk, dan kijken we anders naar die persoon dan als die arm zou zijn geweest.

Je sociale identiteit bepaalt dus ook je maatschappelijke positie. Identiteit wordt niet door één kenmerk gedefinieerd, maar door een combinatie van kenmerken op verschillende dimensies. Op hoe meer van de assen je van de bestaande norm in de maatschappij afwijkt - witte heteromannen zijn vaak de onzichtbare norm in onze samenleving - hoe meer kans je hebt op discriminatie op grond van meerdere

factoren.<sup>14,15</sup> De combinatie van factoren, afgezet tegen de norm, bepaalt de mate waarin je al dan niet privileges, ofwel voorrechten, krijgt. Iemand die op meerdere assen niet tot de (maatschappelijke) norm behoort, loopt meer risico op discriminatie. Deze ervaringen van discriminatie zijn niet altijd te herleiden tot slechts één onderdrukingsmechanisme, zoals seksisme, racisme of klassendiscriminatie. Een voorbeeld: een vrouw met een migratieachtergrond heeft andere ervaringen met discriminatie dan een vrouw zonder migratieachtergrond of een man met een migratieachtergrond.<sup>16,17</sup> Alle verschillende identiteitsgronden wegen dus mee in hoe mensen discriminatie ervaren.

### **Differentiëren soms nodig**

Soms is verschil maken tussen groepen juist nodig. Differentiëren is echter niet hetzelfde als discrimineren. Het bieden van gelijke gezondheidskansen houdt in dat maatregelen, beleid

## **Ervaringsverhaal**

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom iemand uitgesloten wordt en discriminatie ervaart. Een vrouw vertelt over gediscrimineerd worden op meerdere gronden. Voor haar dragen haar jonge uitstraling, het vrouw zijn, haar gekleurde huidskleur en het hebben van meerdere beperkingen bij aan het anders worden behandeld tijdens een ziekenhuisopname: *“Nu pas kan ik er iets van zeggen, dat is puur en alleen omdat ik weet dat er veel onderzoeken zijn waaruit blijkt dat vrouwen vaker niet geloofd worden om wat ze zeggen. Maar ook dat mensen van kleur anders behandeld worden. Ik zie ook dat als je meervoudig beperkt bent, je ook anders wordt behandeld. Deze week bijvoorbeeld leek het wel alsof ik een tentoonstelling was.”*

en interventies rekening houden met verschillen tussen mensen en groepen. Zo zijn er specifieke etnische en genderverschillen in bijvoorbeeld

geneesmiddelenmetabolisme.<sup>18</sup> Als hier geen rekening mee wordt gehouden, kan dit betekenen dat de patiënt niet de optimale zorg ontvangt.

#### **Box 4. Discriminatie in de Nederlandse context**

Discriminatie op basis van etnische achtergrond ziet er in iedere samenleving of ieder land anders uit. Zo verschillen migratiestromen, geschiedenis, koloniaal en slavernijverleden en bevolkings-samenstelling per land. Ook de Nederlandse samenleving kent haar eigen typerende aspecten van discriminatie naar etnische afkomst. Deze contextuele factoren zijn bepalend voor veel standpunten in maatschappelijke discussies.

In vergelijking met Amerika kennen we in Nederland de sociologische indeling van 'rassen' binnen de samenleving minder, maar deze indeling wordt wel vaak gemaakt. Dit wordt ook wel 'kleurenblind racisme' genoemd, wat inhoudt dat er geen onderscheid gemaakt zou worden op afkomst of kleur. Mensen zeggen in deze context vaak: "Ik zie geen kleur" of: "Het maakt mij niet uit of je rood, paars of zwart bent." Dit kan er echter toe leiden dat ontkend wordt dat mensen met een migratieachtergrond nadelen ervaren door hun afkomst of kleur.<sup>9,19</sup>

Ook wordt Nederland vaak gezien als een tolerant land. Door dit te benadrukken maken we het bestaan van discriminatie op afkomst minder groot dan het in werkelijkheid is. Vaak verwijzen mensen ook naar andere samenlevingen, met het argument dat discriminatie bij ons "wel meevalt".<sup>9,20</sup> Door niet te erkennen dat mensen op basis van huidskleur anders behandeld worden, is het juist moeilijker om discriminatie op deze grond aan te pakken. Het vergroot ook de kans dat je op zoek gaat naar andere verklaringen dan racisme voor de achterstelling van mensen van kleur.<sup>21</sup> Zogenaamd 'kleurenblind zijn' werkt dus in dit opzicht juist averechts.

Een ander voorbeeld, specifiek voor de zorg, is dat zorgverleners vaak terughoudend zijn in het registreren van patiënten en cliënten in Nederland op etniciteit door het wijdverbreide denkbeeld dat dat niet zou mogen. Het registreren van iemands etniciteit is echter wel degelijk toegestaan als dat noodzakelijk is voor de behandeling. In de praktijk wordt dit weinig gedaan en dat maakt het lastig om goed onderzoek te doen naar discriminatie en racisme in de zorg.<sup>22</sup> Al deze aspecten hebben invloed op de context van discriminatie in de zorg. Omdat de context van ervaren discriminatie voor iedere samenleving anders is, is het soms ingewikkeld om onderzoeksresultaten uit andere landen te vergelijken met onze samenleving. Toch denken we dat veel internationale onderzoeken goede aanknopingspunten bieden voor verbetering van onze gezondheidszorg.

## Hoe leidt discriminatie tot ongezondheid en gezondheidsverschillen?

### Invloed van discriminatie op fysieke en mentale gezondheid

Discriminatie op grond van etnische afkomst heeft invloed op de kansen die mensen hebben op een goede gezondheid. Hiermee draagt discriminatie bij aan het vergroten van de gezondheidsverschillen tussen groepen met en zonder een migratieachtergrond. Uit onderzoek blijkt dat er een duidelijk verband is tussen de mate van ervaren discriminatie en verschillende fysieke aandoeningen. Ervaren discriminatie vergroot het risico op onder meer hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, obesitas en een minder goed werkend immuunsysteem.<sup>23-27</sup> Ook blijkt er een verband tussen ervaren discriminatie en negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid: het risico op depressie, angst, chronische stress en slecht slapen

neemt toe.<sup>27-30</sup> Het gevoel van welzijn, de tevredenheid met het eigen leven en het gevoel van eigenwaarde neemt af als mensen meer discriminatie ervaren.<sup>31</sup>

Discriminatie leidt in bepaalde groepen ook tot meer alcoholmisbruik en verslaving.<sup>30</sup>

Een dagelijkse confrontatie met discriminatie brengt bovendien epigenetische veranderingen - veranderingen in het DNA - teweeg, die leiden tot versnelde verouderingsprocessen en voortijdige ouderdomsziekten.<sup>32</sup>

Eenmaal bekend met het fenomeen discriminatie als onderdeel van het leven, blijkt dat mensen een verhoogde waakzaamheid ontwikkelen. Alleen al het idee dat je mogelijk anders behandeld wordt zorgt voor extra stress. Deze stress kan ook weer leiden tot slaapstoornissen, hoge bloeddruk en depressie.<sup>33-36</sup> Dit betekent dat niet alleen de

### Ervaringsverhaal

Een vrouw vertelt over de diagnose kanker die zij kreeg en het intensieve behandeltraject dat daarop volgde. Inmiddels is ze een aantal jaar 'schoon' en gezond. Maar soms kunnen patiënten na een bepaalde periode toch nog klachten ontwikkelen en dat is mogelijk ook bij haar gebeurd. Ze vertelt dat ze bang is om als patiënt de stereotypen te bevestigen van overdreven reageren of veeleisend zijn. Die angst leidt tot stress en dat is voor haar een reden om de zorg niet op te zoeken, ondanks de klachten die ze heeft:

*"Vaak houden mensen schade over aan chemotherapie en bestraling, en die krijg je op latere leeftijd. Ik heb sinds twee jaar last van mijn ribben en ik durf dat niet te laten checken. Ik dacht: stel dat er niets aan de hand is, dan hebben we weer zo'n dramaqueen."*



## Ervaringsverhaal

Een dochter die verschillende verzorgingshuizen bezocht voor haar moeder vertelt over de weerstand die zij en haar familie ervaren bij een van de intakegesprekken. De intaker was sceptisch over het aanpassingsvermogen van hun moeder en maakte diverse discriminerende opmerkingen. Deze ervaring bracht veel spanningen en stress met zich mee:

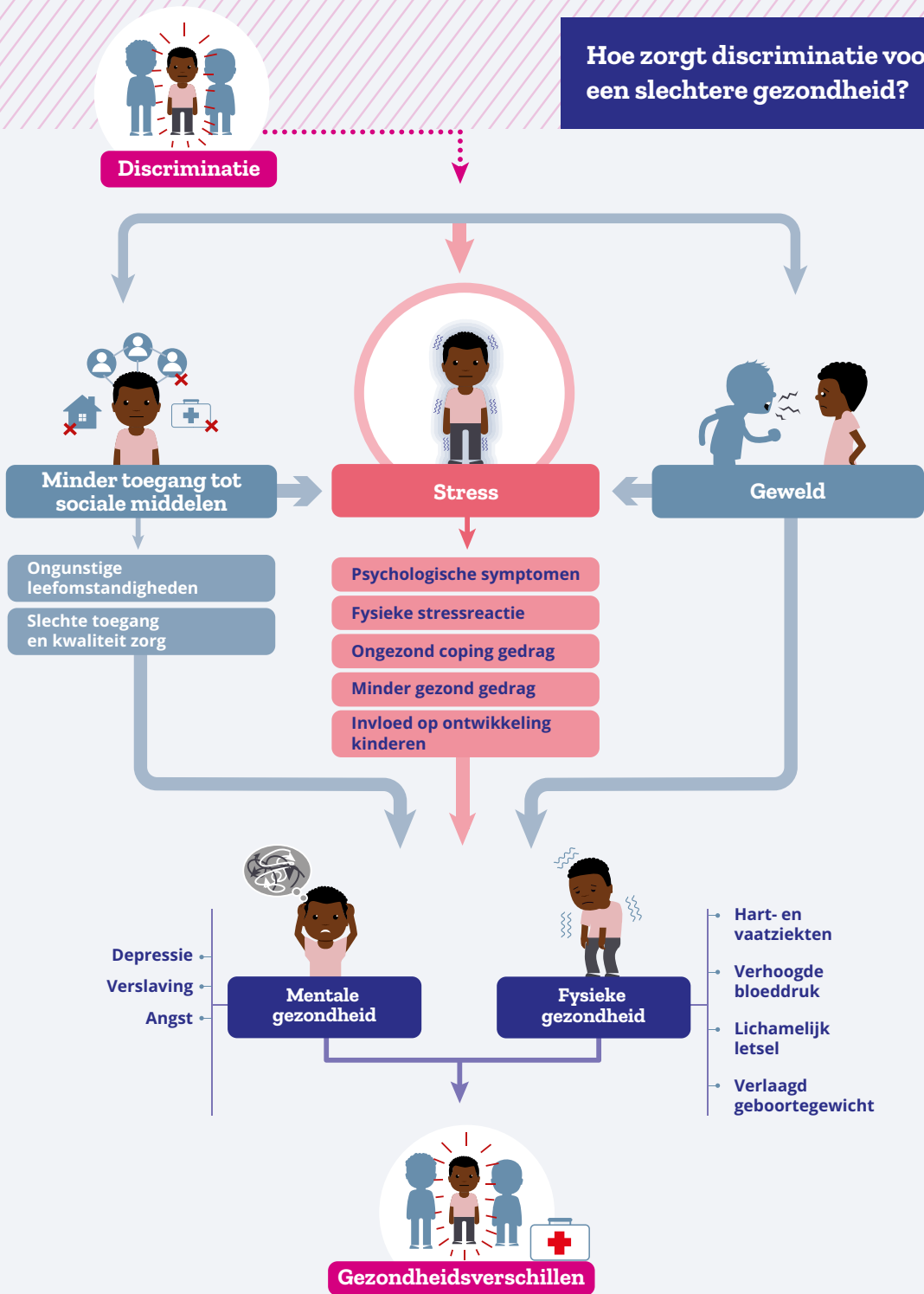
*“Er zijn veel mensen met dezelfde voorkeuren, maar het stigma ligt vooral op moslims. En dat is echt een moeilijk gevoel. Ik ben daardoor echt bekaf. Echt maandenlange stress heb ik gehad en ik liep daar ook op mijn tenen.”*

discriminatie op zichzelf, maar ook de angst of verwachting dat je niet gelijk behandeld wordt je ziek kan maken. Ook de angst om een stereotype te bevestigen kan veel stress opleveren. Bovendien kan angst voor discriminatie voor patiënten een reden zijn om geen zorg te zoeken.

Discriminatie heeft ook grote gevolgen voor de ontwikkeling en gezondheid van kinderen en jeugdigen.<sup>37</sup> Het hangt samen met slechtere uitkomsten van zwangerschap en geboorte, zoals vroeggeboorte en laag geboortegewicht.<sup>38</sup> Vaak is zo'n uitkomst het gevolg van verhoogde stress bij de moeder. Kinderen en jongeren die met discriminatie te maken hebben vertonen meer mentale problemen en een ongezondere leefstijl. Hierbij spelen de ervaringen van hun ouders met discriminatie ook zeker een rol, dit werkt door in het gezin.<sup>39</sup>

## Manieren waarop discriminatie gezondheid en gezondheidsverschillen beïnvloedt

Het verband tussen discriminatie en gezondheid is veelvuldig onderzocht, veelal in Amerikaanse studies. Maar hoe leidt discriminatie nu tot een slechtere gezondheid? Onderzoek laat zien dat dit via verschillende wegen gebeurt. Chronische stress speelt hierin een belangrijke rol, maar ook de verminderde toegang tot middelen, zoals onderwijs, huisvesting, werk, zorg en hulpverlening. Geweld en lichamelijk letsel als uitingen van discriminatie kunnen de gezondheid eveneens beïnvloeden.<sup>5,31</sup> En als discriminatie al plaatsvindt in de jeugd kan dit vergaande gevolgen hebben voor de ontwikkeling van kinderen. Hierna worden deze verschillende wegen naar een slechtere gezondheid uitgebreid beschreven. Zie **figuur 2** voor een grafische weergave.



Figuur 2. Schematisch overzicht van wegen naar een slechtere gezondheid.

## Chronische stress

Discriminatie is een belangrijke bron van stress (stressor) en voortdurend of frequent onder stress staan heeft grote invloed op iemands gezondheid.<sup>40</sup> Met name stressoren die negatief, onvoorspelbaar en oncontroleerbaar zijn, hebben een grote impact op de gezondheid. Mensen voelen zich in zo'n situatie vaak machteloos en hebben het gevoel dat zij geen invloed meer hebben op belangrijke keuzes of omstandigheden in hun leven.

Er is veel onderzoek gedaan naar de gevolgen van chronische stress. Stress die lang aanhoudt zorgt voor verhoogde activiteit van het stressnetwerk, waarbij onder andere de hormonen cortisol en adrenaline worden aangemaakt. Als iemand langdurig onder stress staat, met een hoog cortisolniveau, raakt het stresssysteem overbelast. Stress versnelt de veroudering van de cellen en leidt ertoe dat meerdere biologische systemen worden ontregeld, onder andere in

lichaamsprocessen als de bloedsomloop, de vet- en suikerstofwisseling, de vruchtbaarheid, het immuunsysteem, het DNA en de hersenen.<sup>40,41</sup> Dit alles kan leiden tot vroegtijdige ziekte en sterfte. Denk hierbij ook aan de fysieke en mentale problemen die in de vorige paragraaf zijn benoemd. Hoe vaker en hoe langer iemand in aanraking komt met discriminatie, hoe groter de invloed hiervan op de gezondheid.<sup>42</sup> Een acute ervaring met discriminatie kan een acute episode van ziekte teweegbrengen, terwijl chronische discriminatie een bestaande ziekte kan verslechteren.<sup>43</sup>

Stress door discriminatie kan leiden tot het aanpassen van iemands gedrag (copingreacties) om de stress te beheersen. Voorbeelden van copingreacties zijn meer ongezond gedrag vertonen, zoals tabaksgebruik en alcoholmisbruik, of minder participeren in gezond gedrag, zoals slapen, sporten en medisch advies opvolgen.<sup>44</sup> Dit gedrag in reactie op ervaren discriminatie heeft op korte termijn een adaptieve,

## Ervaringsverhaal

Een dochter die verschillende verzorgingshuizen bezocht voor haar moeder vertelt over de weerstand die zij en haar familie ervoeren bij een van de intakegesprekken. De intaker was sceptisch over het aanpassingsvermogen van hun moeder en maakte diverse discriminerende opmerkingen. Deze ervaring bracht veel spanningen en stress met zich mee:

*"Er zijn veel mensen met dezelfde voorkeuren, maar het stigma ligt vooral op moslims. En dat is echt een moeilijk gevoel. Ik ben daardoor echt bekaf. Echt maandenlange stress heb ik gehad en ik liep daar ook op mijn tenen."*

stressverlagende functie, maar kan uiteindelijk het risico op ziekte verhogen.<sup>45</sup> Behalve ongezonder gaan leven kunnen mensen ook anders omgaan met zorggebruik, bijvoorbeeld zorg mijden als gevolg van eerdere vervelende ervaringen met discriminatie in contact met zorgverleners.<sup>46</sup>

Onderzoek laat zien dat herhaalde blootstelling aan discriminatie kan werken op een manier die het lichaam voorbereidt om fysiek actiever te zijn in stressvolle of potentieel stressvolle sociale situaties, met als gevolg een overbelasting van je stresssysteem of impulsief gedrag.<sup>47</sup> De combinatie van die impact van stress op het lichaam en ongezond gedrag versterkt het effect op iemands mentale en fysieke gezondheid. Ook ander copinggedrag komt veel voor, bijvoorbeeld je anders voordoen of extra veel moeite doen om stereotypen of voordelen te ontkrachten. Dit is enorm stressvol.<sup>1</sup>

### **Toegang tot goederen, middelen of diensten**

Een andere manier waarop discriminatie leidt tot meer fysieke en mentale gezondheidsklachten is de verminderde toegang tot goederen, middelen of diensten.<sup>31,37</sup> Bijvoorbeeld als mensen als gevolg van discriminatie minder toegang hebben tot, of minder kansen hebben op, middelen als een goedbetaalde baan, een aantrekkelijke woning en een goede opleiding. Tegelijkertijd is er een verhoogde blootstelling aan risicofactoren zoals in aanraking komen met justitie.<sup>31,44,48</sup> Dat leidt allemaal tot ongunstigere leefomstandigheden zoals armoede, lager inkomen of een ongezonde woning. Discriminatie zorgt dus voor minder kansen in allerlei domeinen en dat heeft invloed op iemands gezondheid. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van ervaringen in verschillende domeinen. De verminderde toegang tot banen of huisvesting door discriminatie in andere domeinen kan op zijn beurt leiden tot

### **Ervaringsverhaal**

Een mevrouw vertelt over de discriminatie die zij regelmatig heeft meegemaakt in de huisartsen-praktijk. Inmiddels gaat ze - ondanks haar gezondheidsklachten - niet meer naar de huisarts toe, omdat ze bang is voor een confrontatie met het zorgpersoneel. Ook omdat ze het gevoel heeft dat ze zichzelf dan niet kan inhouden:

*"Ik kreeg er nachtmerries van; ik ging ervan spoken. Ik wil nu ook weten wat mijn bloedwaardes zijn, maar ik durf gewoon niet meer te gaan. Omdat ik niet iemand ben die mijn mond kan houden. Ik bescherm mezelf maar, dus ik maak geen gebruik van hulp. Want als ik er iets van zeg, dan heb ik het gedaan."*

## Ervaringsverhaal

Ouders en zelfs grootouders die zelf discriminatie op grond van hun etnische achtergrond hebben ervaren, nemen zich voor hun (klein)kinderen hierop voor te bereiden. Een vrouw vertelt over de opeenstapeling van discriminatie die zij in meerdere fasen van haar leven meemaakte en over de plek die vooroordelen en stereotypen kregen in de opvoeding van haar kinderen en kleinkinderen. De discriminatie die zij zag bij haar (klein)kinderen maakte haar strijdbaar en raakte haar het meest:

*“Maar toen ik het zag bij mijn kinderen en wat mijn zoon meemaakte op school, toen ging ik het gevecht echt aan. Ik kreeg kinderen en dat [het verdriet dat discriminatie teweegbrengt] ging veel verder. [...] Ik heb die strijd nu bijvoorbeeld met mijn kleinzonen, hun vader is een witte man. Ik moet hen erop voorbereiden, ook zij worden niet goed behandeld. Je moet het doorgeven.*

chronische stress. Discriminatie is dus zowel een directe stressfactor als een oorzaak van andere stressfactoren. Zo kan het via zowel een directe als een indirecte weg leiden tot gezondheidsschade.

Ook heeft discriminatie in de gezondheidszorg invloed op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Denk hierbij aan het bewust of onbewust anders behandelen, het niet of anders voorschrijven van medicatie of het minder vaak doorverwijzen van patiënten met een migratieachtergrond. Een onderzoek toonde aan dat vrouwen met een migratieachtergrond of vrouwen met onvoldoende Nederlandse taalvaardigheden minder informatie en begeleiding ontvingen rondom prenatale screenings.<sup>49</sup> Door dit gebrek aan informatie hadden zwangere vrouwen met een migratieachtergrond geen gelijke toegang tot prenatale screenings. Verklaringen hiervoor waren


onbekendheid met diversiteit bij behandelaars en de houding van hulpverleners. Zie hoofdstuk 4 en 5 voor een verdieping op dit thema.

### **Geweld en lichamelijk letsel**

Wanneer er sprake is van geweld of het toebrengen van lichamelijk letsel bestaat er een directe link tussen discriminatie en gezondheid.<sup>5,31,48</sup> Geweld op grond van etniciteit, maar ook op andere kenmerken zoals geslacht of seksuele oriëntatie, komt nog regelmatig voor. Naast het fysieke letsel heeft het soms ook grote mentale gevolgen, zoals depressie of trauma. Het kan ook leiden tot verhoogde stressniveaus.

### **Discriminatie tijdens het opgroeien**

Discriminatie heeft een negatieve impact op de ontwikkeling en het adaptieve vermogen van kinderen en adolescenten, met grote



doorwerkende gevolgen voor hun gezondheid later.<sup>37</sup> Dit verloopt via verschillende wegen. Enerzijds speelt de impact van de directe ervaring van discriminatie op kinderen, die lijkt op die bij volwassenen: via een stressrespons of verminderde toegang tot sociale middelen, zoals goede gezondheidszorg of een comfortabele woning. Er is veel bekend over de schadelijke impact van stress op kinderen. Zo zijn er negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van de hersenen, het zenuwstelsel en het immuunsysteem. En het stresssysteem ontwikkelt zich vaak minder goed, waardoor er een hogere gevoeligheid ontstaat voor stressoren.<sup>40,50,51</sup>

Kinderen van ouders die te maken hebben met discriminatie hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen.<sup>37,52,53</sup> Ouders (of andere verzorgenden) die te maken krijgen met discriminatie kampen vaak zelf met een verhoogd stressniveau of mentale klachten. De impact op de kinderen kan het gevolg zijn van minder ondersteunend ouderschap, spanningen in de ouder-kindrelatie of de manier waarop ouders over etniciteit en ras met hun kind communiceren (raciale-etnische socialisatie).<sup>38</sup>

## Discriminatie in de gezondheidszorg

Mensen kunnen discriminatie ervaren in allerlei domeinen in het leven, dus ook binnen de gezondheidszorg. Niet altijd krijgen mensen met een migratieachtergrond dezelfde of de meest passende diagnose en behandeling in vergelijking met mensen zonder migratieachtergrond. Sommige patiënten of cliënten zouden door hun etnische afkomst juist andere, specifieke zorg moeten ontvangen, maar door de overwegend westers georiënteerde gezondheidszorg is dat nog vaak niet het geval. De ervaren kwaliteit van de zorg en de tevredenheid over behandelingen zijn in deze groep patiënten vaak minder hoog. Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende vormen van discriminatie in de zorg (op basis van etnische afkomst) en de gevolgen daarvan op uitkomsten van zorg en gezondheidsgedrag. Hoofdstuk 5 gaat in op wat we kunnen doen om discriminatie in de zorg tegen te gaan of te verminderen en het systeem inclusiever te maken.

### Verschillende niveaus waarop discriminatie plaatsvindt in de zorg

**Figuur 3** laat de verschillende niveaus en structuren zien die bijdragen aan een systeem van (onbewuste) discriminatie van patiënten of cliënten met een migratieachtergrond. Om patronen van discriminatie duurzaam te doorbreken, is er verandering nodig op al deze niveaus. In de figuur worden de thema's benoemd die van belang zijn om discriminatie en de gevolgen daarvan tegen te gaan.

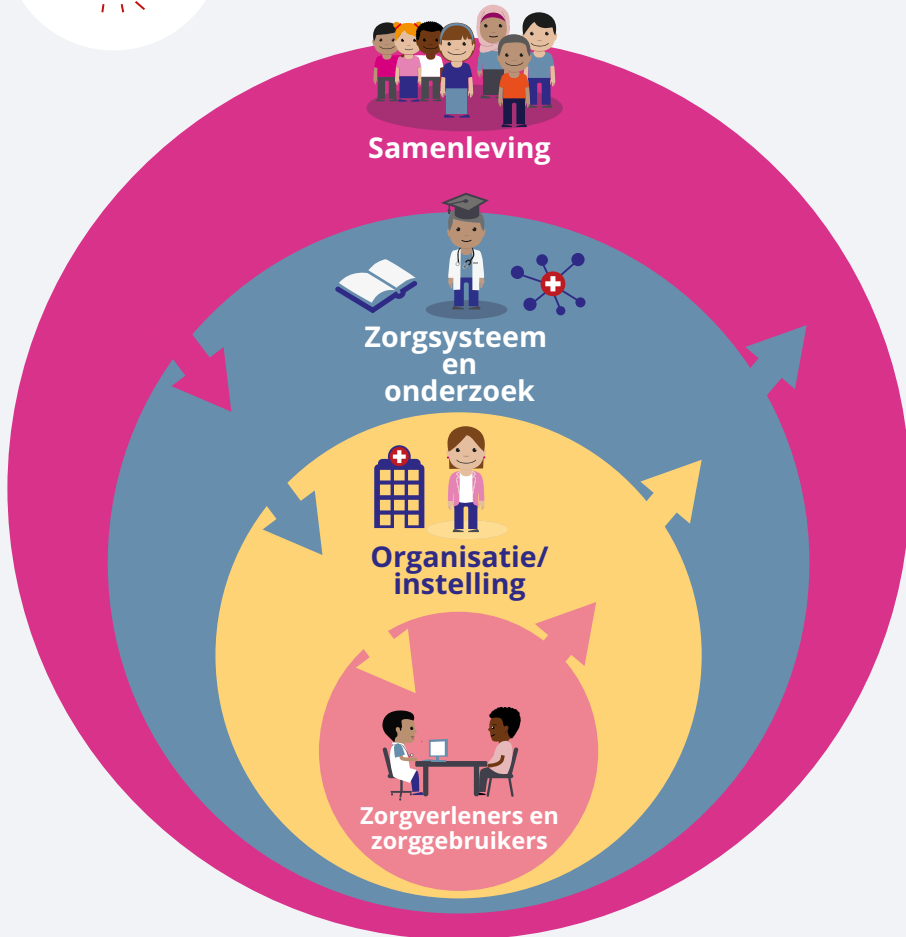
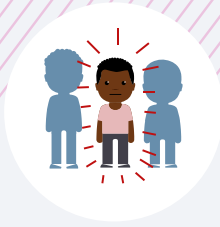
Discriminatie in de zorg gaat enerzijds om het individuele gedrag van de zorgverlener

(de binnenste cirkel), maar anderzijds ook om *institutionele discriminatie*. De organisatie en het beleid van de instelling (tweede cirkel), het systeem van de gezondheidszorg met richtlijnen en standaarden, het wetenschappelijk onderzoek en de medische opleidingen (derde cirkel) hebben allemaal invloed op wat er in de praktijk gebeurt.<sup>54</sup> Op al deze niveaus zijn verschillende vormen van discriminatie - en daarmee uitsluiting van optimale zorg - aan te wijzen.

In de buitenste cirkel van de figuur staat de samenleving. Ontwikkelingen in de maatschappij en discussies in de media en de politiek over diversiteit, migratie en vluchtelingen, beïnvloeden de heersende opvattingen en ideeën over inwoners met een migratieachtergrond. Ondanks een groeiende bewustwording van het bestaan van institutionele discriminatie binnen de samenleving, zijn er nog steeds veel voorbeelden die de hardnekkigheid hiervan laten zien. Denk bijvoorbeeld aan het gebrek aan politieke aandacht voor racisme en discriminatie, de ondervertegenwoordiging van mensen met een migratieachtergrond in de media, maar ook discriminatie op de huizenmarkt of de arbeidsmarkt en de selectieve controle op fraude bij de Belastingdienst. Institutionele discriminatie vindt dus plaats in alle domeinen. Zie box 4 in hoofdstuk 2 voor een korte toelichting op de Nederlandse context.

Hierna bespreken we voor elk van de drie niveaus die in figuur 3 worden genoemd welke vormen van discriminatie en uitsluiting er veel voorkomen.

## Niveaus van invloed op discriminatie in de gezondheidszorg met op elk niveau de aangrijpingspunten voor verandering



### Samenleving

- Maatschappelijke ontwikkelingen
- Politiek
- Media

### Zorgsysteem en onderzoek

- Richtlijnen en zorgstandaarden
- Wetenschappelijk (medisch) onderzoek
- Medische opleidingen
- Kunstmatige intelligentie

### Organisatie/ instelling

- Missie en visie
- Personeelsbeleid
- Scholing en training

### Zorgverleners en zorggebruikers

- Persoonsgerichte zorg en culturele competenties
- Bewustwording impliciete en expliciete vooroordelen

**Figuur 3. Niveaus van invloed op discriminatie en uitsluiting in de gezondheidszorg.**



## Professionals in de zorg: eerste niveau

### Impliciete en expliciete bias bij zorgverleners

Onderzoeken laten zien dat vooroordelen en stereotypen bij zorgverleners leiden tot anders handelen en ongelijke behandeling van sommige patiëntengroepen. Patiënten krijgen daardoor niet dezelfde zorg als anderen en/of hebben slechtere gezondheidsuitkomsten.<sup>55,56</sup> Dit geldt zelfs als gecontroleerd wordt voor andere belangrijke factoren, zoals sociaal-economische positie of gezondheidsvaardigheden.<sup>57</sup> Het kan gaan om onbewuste beïnvloeding door vooroordelen (impliciete bias). Hierdoor zijn veel zorgverleners zich er niet van bewust hoe zij onbedoeld patiënten anders behandelen vanwege hun etnische achtergrond en/of huidskleur.<sup>58</sup> Juist in gehaaste en onzekere situaties varen zorgverleners sterk op automatische vooroordelen.<sup>59</sup> Helaas blijkt uit onderzoek dat we nog steeds weinig weten over hoe we (verschillen tussen) impliciete en expliciete discriminatie bij zorgverleners moeten meten.<sup>48</sup>

Impliciete en expliciete biases kunnen op verschillende manieren invloed hebben op de bejegening en behandeling die een patiënt of cliënt ontvangt. Soms gaat het om micro-agressies: subtiele, ogenschijnlijk onschuldige gedragingen of opmerkingen die als beledigend ervaren worden.<sup>12</sup> Hieronder enkele voorbeelden van de gevolgen van bias op communicatie van, bejegening door en gedrag van zorgverleners:

- ▶ Veranderingen in non-verbale gedragingen, zoals lichaamshouding, oogcontact en knikken, en in paraverbale gedragingen, zoals de hoeveelheid, snelheid en toonhoogte van praten.<sup>60</sup>
- ▶ Onbewust andere bejegening van patiënten of cliënten met een migratieachtergrond en andere (onjuiste) verwachtingen over hen. Bijvoorbeeld dat mensen minder coöperatief zouden zijn en ook de verwachting dat zij minder therapietrouw zijn.<sup>61,62</sup>
- ▶ Invloed op (medisch) handelen. Vooral in patiënt-artsrelaties waarin de arts en patiënt niet dezelfde etnische achtergrond hebben

### Ervaringsverhaal

Een mevrouw vertelt over een eenvoudige ingreep waarvoor zij in het ziekenhuis was. Een verpleegkundige kwam tijdens de dagopname haar waardes checken voordat ze naar de specialist zou gaan. Met een vertroetelende stem vertelde ze haar over de voorbereidende handelingen van de ingreep. Misschien bejegt deze verpleegkundige alle patiënten op deze manier, maar op deze vrouw kwam een opmerking als denigrerend over:

*"Ik stop nu even een thermometer in je oortje."*

wordt er minder geïnvesteerd in het opbouwen van een relatie, stellen patiënten minder vragen en geeft de arts minder informatie.<sup>60</sup> Dit laatste punt heeft vaak te maken met de verwachting van de arts dat iemands taal- of intelligentieniveau het lastig maakt om behandelingsopties uitgebreid te bespreken.<sup>63</sup>

- Meer onzekerheid over de diagnose, minder uitgebreide tests aanvragen, minder grondig onderzoek naar de patiëntgeschiedenis.<sup>64</sup> Mensen met een andere etniciteit ontvingen door impliciete bias over het algemeen een mindere kwaliteit van zorg en hadden daardoor een grotere kans op slechte uitkomsten.
- Wijze van communicatie en de hoeveelheid tijd die er besteed wordt aan een patiënt verschilt naar etnische achtergrond.<sup>55,61,62,65</sup> De communicatie wordt als minder warm,

minder vriendelijk en minder teamgericht ervaren door patiënten met een migratie-achtergrond.<sup>65</sup>

## Zorgorganisaties en -instellingen: tweede niveau

### Missie en visie

Het handelen van individuele zorgprofessionals wordt deels gevormd door de cultuur binnen de organisatie waar zij werken. De mate waarin er (expliciet) aandacht is voor diversiteit is van invloed op de waarden en normen op de werkvloer. Veel zorginstellingen hebben hun visie op goede zorg vastgelegd in beleidsplannen. Hierin staat het strategisch beleid voor de zorgorganisatie beschreven. Maar vaak ontbreekt er een duidelijke visie en helder beleid op disci-

## Ervaringsverhaal

Een vrouw van Turkse afkomst die regelmatig bij de bloedbank komt, krijgt door subtiële opmerkingen het gevoel dat ze beter maar niet kan laten merken dat ze Turks is:

*“Ik heb besloten om bij de bloedbank niet meer te zeggen dat mijn naam verkeerd wordt uitgesproken, om zo geen aandacht te vestigen op mijn Turkse roots. Zo voorkom ik dat ik bloot word gesteld aan ongemak. Zodra het duidelijk wordt dat ik Turkse roots heb, kan ik rekenen op opmerkingen in de strekking van: ‘U spreekt vlekkeloos Nederlands, ik kan aan u helemaal niet zien dat u Turks bent.’ Ik wil niet meer glimlachen en ‘dank u’ zeggen. Ik heb een keer gezegd dat ik het compliment over mijn Nederlands niet als een compliment ervoer. Toen ontstond er een ongemakkelijke situatie waarin de bloedbankmedewerker omstandig ging uitleggen dat zij een collega had die al heel lang in Nederland woont, die sprak nog steeds gebrekkig Nederlands. De medewerkers van de bloedbank zijn zich van geen kwaad bewust en bedoelen het oprecht als een compliment.”*

## Een voorbeeld van betere uitkomsten van zorg

Amerikaanse onderzoekers laten zien dat Zwarte baby's minder vaak overlijden als zij door Zwarte artsen worden verzorgd dan door witte artsen. De mortaliteitscijfers zijn voor Zwarte baby's (nog steeds) hoger dan voor witte baby's, maar dit verschil wordt kleiner als zij door Zwarte artsen worden behandeld. Dit werd geconstateerd juist bij de meer complexe bevallingen en in ziekenhuizen waar meer baby's van Afrikaans-Amerikaanse afkomst ter wereld worden gebracht.<sup>72</sup>

minatie. Dit werd bevestigd in interviews die het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) hield met leidinggevenden binnen zorgorganisaties. Er is onduidelijkheid over protocollen en over de mogelijkheden om incidenten te melden. In dit geval ging het om ervaringen met discriminatie die zorgverleners ervaren op de werkvloer. Door het gebrek aan duidelijkheid is er ook geen zicht op het aantal incidenten en is het dus ook moeilijk om er specifiek beleid op te voeren.<sup>66</sup>

Door het uitblijven van een standpunt of passende sancties kan de organisatie vooroordelen en discriminatie als onderdeel van de sociale norm in stand houden.<sup>67</sup> Daardoor spreken medewerkers elkaar niet aan op het hebben van een bias, en dat geldt voor alle lagen van de organisatie. Ook kan er sprake zijn van een collectieve blinde vlek wanneer alle medewerkers zich in dezelfde bubbel bevinden en zich niet bewust zijn van hun bias en de gevolgen daarvan.

Voor mensen die last hebben van vooroordelen, of die gediscrimineerd worden, kan het voelen dat hun ervaring niet gehoord of erkend wordt.

Ook wordt er geen veilige omgeving gecreëerd om als gediscrimineerde patiënt of zorgverlener je ervaring met anderen te delen. Als de organisatiecultuur zich echter uitspreekt over deze problematiek en een veilige leerstructuur faciliteert, worden zorgverleners gestimuleerd om sensitief te zijn op mogelijke uitsluiting en discriminatie.

### Personeelsbeleid

Een belangrijk aspect dat invloed heeft op de mate waarin er ruimte is voor discriminatie is de mate van (culturele) diversiteit onder de medewerkers. Met een inclusief personeelsbeleid kun je beter aansluiten bij de zorgbehoeften die patiënten of cliënten hebben.

Versillende Amerikaanse studies laten zien dat diversiteit in teams van zorgverleners zorgt voor een betere kwaliteit van zorg, door onder andere meer herkenbaarheid, meer begrip en aansluiting bij de behoeften en context van de patiënten. Daarmee leidt het ook tot een betere klinische besluitvorming, evenals

een betere naleving van de behandeling (met als gevolg betere uitkomsten van zorg), meer vertrouwen in de zorgverleners en grotere patiënttevredenheid.<sup>35,68-70</sup> Een Nederlandse studie laat zien dat zorgverleners in een meer etnisch-cultureel diverse personeelsomgeving zich beter in staat voelen om goede zorg te leveren aan patiënten met verschillende etnische achtergronden.<sup>71</sup>

Behalve dat de gezondheidsuitkomsten en de tevredenheid met de zorg verbeteren, zijn er ook aanwijzingen dat de kosten van de zorg omlaag gaan bij grotere (etnische) diversiteit binnen teams van zorgmedewerkers.<sup>68</sup> Voor patiënten van Aziatische, Latijns-Amerikaanse en Afrikaanse afkomst geldt dat (als ze geholpen worden door een arts met dezelfde achtergrond als zichzelf) ze minder vaak de eerste hulp bezoeken of in het ziekenhuis opgenomen worden en dat de zorgkosten lager zijn. Daarnaast leidt teamdiversiteit tot meer innovatieve ideeën, stimuleert het de communicatie binnen het team en verbetert het de risicobeoordeling.<sup>69</sup> Samengevat zijn er aanwijzingen dat diversiteit in de zorginstelling bijdraagt aan de volgende aspecten:<sup>35,68,69</sup>

1. Verbetering van de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en meer vertrouwen.
2. Versterking van de culturele competenties van alle zorgmedewerkers en de organisatie in haar geheel (betere arts-patiëntcommunicatie, meer vertrouwen door herkenbaarheid, en witte collega's 'leren' ook van de werkwijze van hun collega's met een migratieachtergrond).
3. Vergroting van de toegang tot zorg voor mensen met een migratieachtergrond en daarmee betere gezondheidsuitkomsten.
4. Verlaging van de kosten van zorg doordat meer passende zorg wordt geboden.
5. Verbetering van het onderzoek naar gezondheid en zorg, doordat een bredere reeks aan perspectieven wordt meegenomen en door een betere inclusie van patiënten met verschillende achtergronden in biomedisch en klinisch onderzoek.

## **Zorgsysteem, onderzoek en opleidingen: derde niveau**

### **Richtlijnen en zorgstandaarden**

Het handelen van zorgverleners wordt grotendeels bepaald door kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen en zorgstandaarden. Hierin staat beschreven wat goede zorg is en welke zorg zij zouden moeten leveren. De inhoud van richtlijnen is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten. Een richtlijn bepaalt welke diagnose zorgverleners in bepaalde gevallen moeten stellen en welke behandeling zij moeten leveren volgens de huidige wetenschappelijke inzichten. Een zorgstandaard beschrijft vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen.

Voor zowel de richtlijnen als zorgstandaarden geldt dat er vaak nog geen consistente aandacht is voor het benoemen van etnische verschillen in gezondheid en ziektelast. Deels heeft dit

## Box 5. Racisme in protocollen

In sommige medische protocollen speelt 'ras' onterecht nog steeds een rol. Bijvoorbeeld in de richtlijnen voor hartfalen, hoofdpijn en longfunctietesten. De benaming die hierin vaak wordt gebruikt, het 'negroïde ras', is bovendien stigmatiserend.<sup>73</sup> Daarnaast kunnen fouten in richtlijnen verkeerde diagnoses tot gevolg hebben. Op deze manier kan onjuist beleid bijdragen aan de impliciete of expliciete bias van een zorgverlener en ongelijke behandelingen tot gevolg hebben.

te maken met een gebrek aan klinische trials waarin de etnische verschillen in de behandeling van bepaalde aandoeningen zijn onderzocht. We weten bijvoorbeeld dat mensen van Zuid-Aziatische afkomst de hoogste sterfte hebben als gevolg van hart- en vaatziekten, maar er zijn geen klinische trials naar welke antihypertensieve middelen de sterfte in deze groep het meest kunnen verminderen.<sup>22</sup>

Gelukkig komt er steeds meer aandacht voor inclusieve richtlijnen en standaarden en hebben beroepsorganisaties als het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) inmiddels veel richtlijnen en standaarden getoetst op aandacht voor etnische verschillen in ziekte en uitkomsten van zorg, zoals de richtlijnen dementie en diabetes. Binnen bepaalde sectoren worden aparte generieke modules ontwikkeld om zorgverleners

## Ervaringsverhaal

Het gebruik van stigmatiserende terminologie kan ook bij een patiënt veel teweegbrengen. Een mevrouw vertelt over de term 'negroïde ras' op een van haar testuitslagen. Deze term is voor haar reden om geen onderzoeken meer te laten doen:

*"Maar ik kreeg een verkeerd formulier toegestuurd. Dat is een formulier dat alleen voor de huisarts en voor het laboratorium was. Ik kreeg per ongeluk de labbrief en daarop staat ook je ras gemeld, het n-woord [red.] en dan staat er een of andere berekening en mijn afkomst staat genoemd. Ik keek naar dat ding, en dacht WTF. Ik wil nooit meer een bloedonderzoek doen. Want als men bij mij een bloedonderzoek doet en men vermeldt dat erbij, dan hoeft het voor mij niet. Sindsdien ben ik nooit meer naar de dokter gegaan."*

te voorzien van de nodige kennis, vaardigheden en attitudes, zoals de generieke module diversiteit binnen de ggz. Hierin is ook expliciet aandacht voor de mogelijke gevolgen van discriminatie en uitsluiting voor het behandelcontact.

### **Wetenschappelijk (medisch) onderzoek**

De onderzoekspopulatie in veel wetenschappelijk en klinisch onderzoek vormt vaak nog geen afspiegeling van de diversiteit in de samenleving. Vaak vindt er in onderzoek (bewust en onbewust) uitsluiting plaats van patiënten en cliënten met een migratieachtergrond. Dit kan gebeuren omdat er bijvoorbeeld sprake is van een taalbarrière of omdat de methode van dataverzameling niet toegankelijk is voor iedereen.

Door onvoldoende vertegenwoordiging van diverse groepen in grote dataverzamelingen is er bijvoorbeeld weinig bekend over de genetische diversiteit in het ontstaan van bepaalde ziekten en over de reacties van verschillende etnische patiëntengroepen op een bepaalde behandeling.<sup>74</sup> Doordat wetenschappelijk en klinisch onderzoek niet inclusief is, krijgen mensen uit bepaalde groepen vaak later een diagnose en sluiten behandelingsopties bij hen minder goed aan. Dit betekent dat zij vaker last kunnen hebben van bijwerkingen of dat behandelingen minder goed werken. Een voorbeeld van een onderzoek waarin expliciet aandacht is voor etnische gezondheidsverschillen is de Helius-studie, uitgevoerd door

### **Voorbeeld: een eenzijdig beeld van huidkanker<sup>76</sup>**

Huidkanker is de meest voorkomende soort kanker. Bij veel soorten huidkanker speelt blootstelling aan de zon een rol. Daarom zijn veel preventieprogramma's gericht op het waarschuwen tegen onbeschermd in de zon verblijven en tegen overmatige UV-straling. Maar de eerste onderzoeken naar huidkanker en UV-straling zijn uitgevoerd met vooral witte mensen. Bij mensen met een donkere huidskleur komt een andere vorm van huidkanker vaker voor, namelijk acrolentigineus melanoom (ALM). Er is veel minder onderzoek gedaan naar deze vorm van huidkanker en een relatie met UV-straling is vooralsnog niet gevonden. Ook in medische opleidingen en bij zorgverleners is er minder bekend over ALM. Een gevolg hiervan is dat een diagnose vaak wordt gemist of pas in een laat stadium vastgesteld wordt. Deze groep patiënten heeft daardoor een minder goede levensverwachting na een diagnose.<sup>77</sup> Vergelijkbare missers in diagnostiek en behandeling komen voor bij andere huidafwijkingen, onder andere afwijkingen die gerelateerd zijn aan COVID-19, terwijl er juist meer mensen met een migratieachtergrond getroffen worden door COVID-19.<sup>78</sup>

Amsterdam UMC. Daarin worden in grote cohorten de gezondheid van verschillende groepen vergeleken. In dit onderzoek zijn de grootste migrantengroepen in Nederland vertegenwoordigd. Meer informatie: <https://www.heliusstudy.nl>.<sup>75</sup>

### **Medische opleidingen**

De overwegend westerse en witte blik in de wetenschap werkt ook door in de medische opleidingen die deze kennis overdragen. Zo worden op de universiteiten voornamelijk ziektebeelden besproken vanuit de ervaring en kennis die er is over het verloop bij mensen met een witte huidskleur. Hierdoor krijgen zorgprofessionals in opleiding weinig kennis en vaardigheden mee die aansluiten op de diversiteit van de populatie waar ze later voor gaan werken.

### **Uitval studenten met een migratieachtergrond**

Sinds 1997 is het aandeel jongeren met een migratieachtergrond dat hoger onderwijs volgt (hbo of wo) verdubbeld. Deze studenten blijken echter veel minder vaak hun diploma te behalen dan autochtoon-Nederlandse studenten. Dit gebeurt ook binnen de medische opleidingen. Studenten met een migratieachtergrond vallen vaker uit in vergelijking met de gemiddelde uitval onder alle studenten. Dit heeft gevolgen voor de diversiteit in de geneeskundige beroepen en daarmee effect op de kwaliteit van de zorg. Als redenen voor de hogere uitval wordt gedacht aan een gebrek aan rolmodellen binnen de

eigen familie (doordat veel van deze jongeren laagopgeleide ouders hebben). Maar ook een gebrek aan rolmodellen binnen de opleiding zelf kan een oorzaak zijn. Minder waardering en aandacht voor deze studenten, een verborgen taalbarrière en het gevoel hebben er niet helemaal bij te horen spelen mogelijk een grote rol. Zo krijgt deze groep studenten vaak minder goede beoordelingen en opleidingsplekken. Door al deze oorzaken gaan minder studenten met een migratieachtergrond na hun opleiding in de zorgverlening werken, waardoor het zorgpersoneel relatief homogeen van samenstelling blijft.<sup>79,80</sup>

### **Kunstmatige intelligentie**

Binnen de gezondheidszorg wordt steeds meer gebruikgemaakt van kunstmatige intelligentie. Intelligente computersystemen leren door in grote hoeveelheden data patronen te ontdekken en doen vervolgens voorspellingen. De algoritmes die zo ontstaan kunnen zorgverleners ondersteunen bij het nemen van (medische) beslissingen wat betreft de preventie, diagnostiek en behandeling van aandoeningen.<sup>81</sup> Maar omdat niet van iedereen data wordt verzameld en omdat vooroordelen worden doorgegeven in de verzamelde data, zijn deze algoritmes niet op iedere patiënt of cliënt toepasbaar.<sup>82</sup> Door het gebruik van algoritmes krijgen patiënten met een migratieachtergrond mogelijk geen passende behandeling. Een voorbeeld van een discriminerend algoritme in de gezondheidszorg is dat huidkanker voornamelijk bij mensen met een lichte huidskleur voorspeld kan worden

en minder goed bij mensen met een donkere huidskleur. Dit komt omdat er voornamelijk data is verzameld van symptomen in witte populaties.<sup>76</sup>

## **Gevolgen van discriminatie op zorggebruik en uitkomsten van zorg**

### **Invloed op zorggebruik: vertrouwen in zorg neemt af**

Discriminatie in de zorg heeft invloed op hoe mensen omgaan met gezondheid en zorggebruik. Eerdere ervaringen met discriminatie, zowel in de gezondheidszorg als bij andere instanties, schaden het vertrouwen dat mensen hebben in de zorg en bepalen of ze gebruik willen blijven maken van die zorg. Het epistemische vertrouwen - het vertrouwen dat je hebt in nieuwe kennis en de mate waarin je deze als betrouwbaar en relevant inschat en ook daadwerkelijk gaat toepassen - wordt hiermee geschaad. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat ervaren discriminatie een belangrijke factor

is bij zorgmijding of te laat zorg zoeken.<sup>46</sup> Een geschaad vertrouwen in de zorg kan ertoe leiden dat mensen advies over medicatie of behandelingen minder goed opvolgen en over het algemeen minder therapietrouw zijn.<sup>46,83</sup> Dit heeft gevolgen voor hun gezondheid.

### **Ongelijke uitkomsten van zorg**

We weten dat patiënten en cliënten met een migratieachtergrond niet altijd dezelfde zorg ontvangen als patiënten zonder migratieachtergrond. Die verschillen kunnen in alle lagen van figuur 3 ontstaan. Soms is het goed dat in de zorg gedifferentieerd wordt naar de verschillende zorgbehoeften en etnische achtergrond en kan ongelijke behandeling juist belangrijk zijn om gelijke uitkomsten te krijgen. Maar vooroordelen en stereotypen over patiënten en cliënten met een migratieachtergrond kunnen ook leiden tot ongelijke behandeling en uiteindelijk tot ongelijke uitkomsten van zorg bij deze groep. Hier is in de Nederlandse context nog maar weinig onderzoek naar gedaan. In andere

## **Ervaringsverhaal**

Een ervaring met discriminatie die veel impact heeft, kan eraan bijdragen dat iemand zijn of haar vertrouwen in de zorg verliest. Een mevrouw vertelt over herhaaldelijke discriminatie in haar huisartsenpraktijk. Grapjes en uitsluiting door assistenten maken dat deze vrouw de zorg al enige tijd mijdt:

*“Ik ben inmiddels al een jaar niet naar de huisarts geweest, ondanks alle gezondheidsrisico's. Ik gebruik allerlei medicatie, en dat is bijna 'op'. Maar ik zie er zó tegenop. Heel erg tegenop.”*



landen, bijvoorbeeld de Verenigde Staten, is meer onderzoek gedaan. Hoewel de context verschillend is, geven de resultaten daarvan inzicht in de verschillen in gezondheidsuitkomsten onder bepaalde bevolkingsgroepen die ook voor migrantengroepen in Nederland kunnen gelden.

In box 6 zijn enkele nationale en internationale voorbeelden van ongelijke zorguitkomsten

opgenomen. Impliciete en expliciete bias en de daarmee samenhangende discriminatie in de zorg vormen een van de redenen voor het ontstaan van deze ongelijke uitkomsten. Sommige onderzoekers hebben het verband met discriminatie expliciet onderzocht, maar ook andere oorzaken zoals het minder goede bereik van screeningsprogramma's kunnen zorgen voor ongelijke zorguitkomsten.

### **Box 6. Ongelijke zorguitkomsten in de Nederlandse context**

- Het onderzoek van Peters e.a. (2018) laat zien dat vrouwen met een migratieachtergrond minder informatie over en begeleiding bij prenatale screenings ontvangen dan vrouwen zonder een migratieachtergrond.<sup>49</sup> Een van de verklaringen in dit onderzoek is handelingsverlegenheid bij professionals. Zij zijn vaak bang om onbedoeld te discrimineren, omdat ze denken dat ze onvoldoende vaardigheden hebben om om te gaan met de sociale, politieke en culturele achtergronden van deze vrouwen. Ook vooroordelen en stereotypen over deze patiëntengroep zijn mogelijke oorzaken van ongelijke zorguitkomsten.
- Gelijke toegang tot borstkankerzorg wordt niet altijd gewaarborgd. Uit onderzoek blijkt namelijk dat migrantenvrouwen met borstkanker minder vaak worden doorverwezen voor genetische screening. Dit heeft invloed op het beloop en de prognose van deze vorm van kanker.<sup>84,85</sup>
- Patiënten met darmkanker van Marokkaanse afkomst ontvangen minder vaak de juiste chemotherapie dan patiënten van autochtone Nederlandse afkomst.<sup>86</sup>

### **Ongelijke zorguitkomsten in de internationale context**

- Amerikaanse onderzoekers hebben de relatie onderzocht tussen ervaren discriminatie in de vorm van microagressies en het laat in de geboortezorg komen van zwangere Afrikaans-Amerikaanse vrouwen. Een van de conclusies is dat het gebruik van prenatale zorg door deze groep vrouwen wordt beïnvloed door op huidskleur gebaseerde 'mistreatment' in combinatie met ervaren discriminatie.<sup>87</sup>

- › De incidentie en diagnostisering van huidkanker is lager onder mensen met een Afrikaans-Amerikaanse achtergrond in de Verenigde Staten, maar de gezondheidsuitkomsten zijn disproportioneel slechter voor deze patiënten.<sup>76,77,88,89</sup> Een verklaring hiervoor is de gebrekkige kennis van zorgverleners over specifieke ziektebeelden die vooral bij deze groep voorkomen. Maar ook het gebrek aan kennis binnen deze patiëntengroep zelf zorgt ervoor dat men te laat de gezondheidszorg bezoekt.
- › Afrikaans-Amerikaanse vrouwen in de Verenigde Staten krijgen minder vaak de diagnose borstkanker dan andere vrouwen in dit land, maar overlijden er disproportioneel vaker aan.<sup>90</sup> Dit geldt zelfs als er gecorrigeerd wordt voor minder deelname aan screenings, diagnostisering in een latere fase, en hogere incidentie van obesitas en andere ziekten. Onderzoekers refereren onder andere aan verschillen in de kwaliteit van de communicatie tussen artsen en patiënten.
- › Patiënten uit etnische minderheidsgroepen krijgen vaak minder of pas in een later stadium pijnbestrijding toegediend in vergelijking met andere patiënten.<sup>91-94</sup>
- › Een Zweeds onderzoek laat zien dat patiënten die niet in Zweden zijn geboren minder adequate zorg ontvangen met betrekking tot medicatie tegen hartfalen. Deze patiënten krijgen vaker een lagere dosis bètablokkers voorgeschreven dan medisch wordt aanbevolen.<sup>95</sup>
- › Er is veel onderzoek gedaan naar verschillen in het voorschrijfgedrag van pijnbestrijdingsmedicatie. Het gaat om verschillen tussen etnische groepen in het al dan niet voorgeschreven krijgen van deze middelen, de dosering ervan en de wachttijd om medicatie te ontvangen. Problemen in de pijnbestrijding kunnen leiden tot meer ziekenhuisopnames, minder bereiken van therapeutische doelen en verhoogde sterfte onder sociaal kwetsbare groepen.<sup>46,96</sup>

## Wat werkt in het tegengaan van discriminatie in de zorg?

In het vorige hoofdstuk hebben we geschetst op welke manieren er - vaak onbewust - discriminatie in de zorg plaatsvindt en hoe het gedrag van individuele zorgverleners beïnvloed wordt door de organisatie en het zorgsysteem daaromheen. In dit laatste hoofdstuk geven we aanbevelingen voor de manieren waarop discriminatie op alle niveaus kan worden tegengegaan.

### Professionals in de zorg: eerste niveau

#### Werk persoonsgericht met aandacht voor culturele factoren

Persoonsgerichte zorg biedt een goed aangrijpingspunt waarbij de aandacht voor bias en de invloed van culturele factoren onderdeel zijn van goede kwaliteit van zorg. Persoonsgerichte zorg gaat over zorg afgestemd op de gehele

persoon en niet op zijn of haar aandoening of klacht. De zorgverlener heeft aandacht voor de emoties, waarden en behoeften van de patiënt en diens sociale en culturele omstandigheden. Persoonsgerichte zorg geeft daarmee een completer beeld van de persoon en de best passende behandeling.<sup>97</sup> Van professionals vraagt dit om kennis, attituden en vaardigheden die bijdragen aan passende zorg voor iedereen. Onderdeel van persoonsgericht werken is ook het hebben van voldoende culturele competenties. Dit betreft de specifieke kennis, vaardigheden en attituden die nodig zijn om goede zorg te leveren aan een etnisch diverse patiëntenpopulatie. Enige voorzichtigheid is geboden, want te veel nadruk op culturele aspecten kan ook averechts werken: andere aspecten van iemands identiteit worden dan

### Ervaringsverhaal

Door kleine veranderingen kan een zorgverlener het verschil maken. Een vrouw vertelt over een lange periode van ziek zijn. Tijdens haar opnames in het ziekenhuis heeft ze meerdere keren te maken gehad met microagressies van zorgverleners, maar ook met explicietere discriminerende opmerkingen. Ze verloor hierdoor haar vertrouwen in de zorg en wilde geen operaties of behandelingen meer ondergaan. Tot ze in een ander ziekenhuis een nieuwe specialist ontmoette. Door deze specialist heeft ze weer vertrouwen gekregen in nieuwe zorgverleners die ze ontmoet. Ook heeft ze het gevoel dat ze er niet meer alleen voor staat: *"Ik vertrouw deze specialist voor honderd procent. Zij staat achter mij. Ze belt me om te vragen hoe het gaat. Vanwege corona kon de operatie niet doorgaan en zij vroeg steeds hoe het ging. Maar ze zegt nu ook tegen andere artsen wat er moet gebeuren. Ze belt mij soms ook op haar vrije dagen om te vragen hoe het gaat. Deze specialist vecht voor mij, ik ben blij dat ik dat niet alleen hoeft te doen."*

sneller over het hoofd gezien en de effecten op de behandeluitkomsten zijn nog niet goed onderzocht.<sup>98,99</sup>

### **Werk aan bewustwording van impliciete en expliciete bias**

Onderdeel van persoonsgericht werken is ook de bewustwording van hoe je eigen impliciete of expliciete bias bijdraagt aan ongelijke behandeling van en ongelijke gezondheids-uitkomsten bij patiënten. Dit is een belangrijke eerste stap om discriminatie tegen te gaan.<sup>54</sup> Het trainen van zorgmedewerkers in de werking van aannamen en welke gevolgen die kunnen hebben, maakt hen meer bewust van hun eigen opvattingen en stereotypen. Bewustwording helpt om meer controle te krijgen over onbewuste en bewuste aannamen, waardoor handelingen en beslissingen minder snel 'gestuurd' worden door die vooroordelen. Dit is niet alleen van belang voor al praktiserende zorgverleners, maar ook voor zorgverleners in spe, dus in de opleidingen.<sup>80</sup>

Er zijn enkele benaderingen die vaak worden toegepast in trainingen en die effectief bijdragen aan het verminderen van impliciete bias. Deze zijn: 1) empathie en inlevingsvermogen vergroten; 2) de sociale norm veranderen; 3) bewustwording vergroten en meer controle krijgen; en 4) stereotypen ontkrachten.<sup>3</sup> Zie ook box 10 (op pagina 43) voor een toelichting op deze principes.

In de KIS-publicatie *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie*<sup>3</sup> worden deze werkzame onderdelen uitgebreid behandeld en gekoppeld aan veelbelovende interventies.

Een voorbeeld: studenten geneeskunde die leerden over impliciete bias en oefenden met het doorbreken van bepaalde gewoonten hadden na afloop minder impliciete bias tegenover patiënten, in dit geval mensen van Latijns-Amerikaanse afkomst in de Verenigde Staten.<sup>103</sup> Dit deden zij door te oefenen met *habit-breaking strategies*, zoals het zich bewust worden van de eigen non-verbale en paraverbale gedragingen, het benadrukken van overeenkomsten in identiteiten, het zoeken naar

### **Ervaringsverhaal**

Een man vertelt over de stressreactie die hij heeft ontwikkeld door een eerdere ervaring met discriminatie in de spreekkamer. Steeds als hij een (nieuwe) zorgverlener ontmoet, ontstaat bij hem stress. Zijn huisarts zag dit een keer gebeuren en speelde erop in door te vragen of hij in het vervolg voor de afspraak zijn verhaal alvast op wilde schrijven. Zo weet deze huisarts wat er speelt:

*"Ik heb een hele fijne huisarts. Ik schrijf nu alles op. Mijn huisarts vraagt dan: mag ik het eerst lezen? Soms vergeet ik anders het te vertellen door hoe ik me voel."*

### **Box 7. Hoe kun je als zorgverlener een zorggebruiker met een trauma veroorzaakt door discriminatie helpen?**

Racisme en discriminatie kunnen van grote invloed zijn op iemands mentale gezondheid. Een opeenstapeling van ervaringen met discriminatie - binnen en buiten de zorg - kan zelfs traumatisch zijn. Denk je dat een patiënt of cliënt hulp nodig zou kunnen hebben bij het verwerken van die ervaringen? Dan zou je onderstaande vervolgstappen met hem of haar kunnen bespreken:

- Een gesprek met een POH-GGZ (praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg).
- Een gesprek met een psychosociaal hulpverlener. In zorgorganisaties waar patiënten of cliënten langdurig opgenomen kunnen worden, is vaak psychosociale hulpverlening aanwezig. Dit kan bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, maatschappelijk werker of psycholoog zijn.
- Een doorverwijzing naar de basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Een huisarts kan een patiënt naar passende ggz doorverwijzen. Enkele voorbeelden van psychotherapieën die ingezet kunnen worden bij traumaverwerking zijn cognitieve gedragstherapie of EMDR. Er bestaan ook transculturele psychotherapeuten.

Deze tips zijn gebaseerd op artikelen van verschillende psychosociale hulpverleners gepubliceerd in *One World* (2020)<sup>100</sup>, *Mondiaal Nieuws* (2021)<sup>101</sup> en *Trouw* (2020)<sup>102</sup>.

*counter-stereotype* informatie, en het zichzelf vaker te verplaatsen in het perspectief van de patiënt.<sup>104</sup> Over de meest effectieve wijze waarop een training qua methode en vorm ingezet kan worden en de daadwerkelijke impact van dergelijke trainingen op de uitkomsten van zorg bij patiënten met een migratieachtergrond is weinig bekend.<sup>105,106</sup> Wel is aangetoond dat zorgverleners na een training minder impliciete bias hebben en meer gemotiveerd zijn om alert te zijn op hun eigen handelen.<sup>107</sup> Uiteraard zal

enkel door het trainen van zorgmedewerkers geen duurzame verandering in de cultuur van de organisatie plaatsvinden. Daarom is een breed gedragen visie en bewustwording nodig op alle niveaus binnen een organisatie.<sup>105</sup>

#### **Werk vanuit succesverhalen en voorkom een gevoel van weerstand**

Het praten over mogelijke stereotypering en vooroordelen onder zorgverleners kan weerstand oproepen als het niet zorgvuldig

gebeurt. Het idee dat je als zorgverlener zou bijdragen aan ongelijke uitkomsten van zorg is in strijd met de eigen overtuiging dat je iedereen gelijk behandelt. Voor de meeste zorgverleners is het moeilijk te accepteren dat er onbewuste vooroordelen in het spel zijn die leiden tot verkeerde inschattingen. Uit onderzoek blijkt dat succesverhalen waarin zorgverleners een positieve ervaring delen veel effectiever zijn om aandacht te vragen voor de impact van discriminatie in de zorg dan wanneer een verhaal wordt gedeeld waarin pijnlijk duidelijk wordt hoe het mis kan gaan.<sup>108</sup>

## **Zorgorganisaties en -instellingen: tweede niveau**

### **Formuleer een duidelijke visie en missie**

Een heldere visie op het belang van (culturele) diversiteit in de organisatie en het voorkomen van discriminatie in de zorg dient in elke zorginstelling verankerd te worden in de missie en het strategisch beleid.<sup>105</sup> Concreet kan een zorginstelling in een antidiscriminatiebeleid expliciet maken waarom het tegengaan van discriminatie in de organisatie belangrijk is. Bijvoorbeeld aan de hand van signaleren, een veilig leerklimaat en de positieve gevolgen van (culturele) diversiteit in de organisatie. Tegelijkertijd betekent de verankering in beleid niet direct een verandering in de organisatiecultuur. Daarom is het belangrijk dat ook medewerkers in leidinggevende functies instructies krijgen over het bespreekbaar maken van ervaringen met discriminatie. Ook kunnen

aandachtfunctionarissen ingezet worden die de coördinatie van deze thematiek op zich nemen. Naast aandacht voor discriminatie is een duidelijke visie op persoonsgericht en cultuursensitief werken van belang, waaraan ook concrete doelen en acties gekoppeld worden. Dit werkt alleen als er op alle niveaus draagvlak is en het belang wordt ingezien van inclusieve zorg. In een handreiking van Vilans voor cultuursensitieve ouderenzorg staan enkele handvatten en tips om hier organisatiebreed aandacht voor te hebben.<sup>67</sup> Ook biedt een onderzoek van het lectoraat Diversiteit van Hogeschool Inholland en de Universiteit van Amsterdam concrete handvatten om als organisatie te werken aan een duurzame, inclusieve organisatiecultuur.<sup>111</sup> Drie dimensies zijn hier van belang: 1) cultuur: het (her)formuleren van de organisatiecultuur en verbreding van sociale normen; 2) structuur: het waarborgen en bevorderen van inclusieve structuren binnen de organisatie; en 3) verbinding: het organiseren van ontmoeting en vergroten van verbinding. Het gaat niet om het doorvoeren van een enkele interventie, maar om een brede aanpak op al deze onderdelen.

### **Zet in op een divers personeelsbestand op verschillende niveaus**

Door in te zetten op meer (etnische) diversiteit binnen de personeelssamenstelling in alle lagen van de organisatie van een zorginstelling vergroot je de herkenbaarheid voor patiëntengroepen. Dit geldt uiteraard ook voor de patiënten- en cliëntenraden. Dit vraagt van de

### **Box 8. Tips voor zorgverleners: waar kun je zelf al mee beginnen?**

- > **Tip 1.** Wees je bewust van de impact die een opmerking of bepaalde vorm van bejegening op een ander kan hebben. Juist door de opeenstapeling van ervaringen die iemand heeft met discriminatie kan een - voor jou onschuldige - houding of opmerking veel impact hebben. Sta open voor een gesprek over die verschillende interpretaties.
- > **Tip 2.** De angst om opnieuw uitgesloten of gediscrimineerd te worden kan bij een zorggebruiker leiden tot verhoogde stress. Het gevolg is minder vertrouwen in zorgverleners en daardoor mijden van zorg. Vraag daarom in een kennismakingsgesprek eens door over dit onderwerp. Zo krijg je inzicht in wat iemand op dit gebied eerder heeft meegemaakt en welke invloed deze ervaringen hebben op de persoon.
- > **Tip 3.** Voor iemand die zich uitgesloten voelt of gediscrimineerd wordt, vraagt het veel moed om dit aan te geven. Als iemand dit zelf aankaart, kan hij of zij immers met weerstand te maken krijgen. Veel mensen die onbedoeld discrimineren hebben namelijk vaak - uit ongemak - de neiging om zichzelf uit te leggen. Bedank in plaats daarvan de persoon die zich openlijk uitspreekt voor het delen van zijn of haar gevoel. Probeer daarna eens bij jezelf na te gaan waarom je ongemak voelt bij deze terugkoppeling.
- > **Tip 4.** Soms merk je dat een houding of opmerking van een collega of van een patiënt richting iemand anders niet goed voelt. Dat gebeurt soms direct, maar vaak komt de bewustwording pas later. Juist als bijstander kun je het verschil maken voor iemand. Zoek een rustig en veilig moment om dit samen met je collega te bespreken. Laat de ander weten dat je weet dat hij of zij niet de intentie had om iemand te kwetsen, maar dat dit wel zo ervaren kan worden.
- > **Tip 5.** Discriminatie bestaat niet alleen in het contact tussen mensen, maar kan ook voortkomen uit beleid of richtlijnen. Deze onbedoelde uitsluiting is vaak niet zichtbaar voor mensen die er zelf niet door gediscrimineerd of uitgesloten worden. Ga eens na of de manier waarop jouw organisatie werkt (visie, beleid, instrumenten, procedures en regels) voor iedereen hetzelfde uitpakt. Bespreek wat je tegenkomt ook met je collega's en/of leidinggevende(n). Het is goed om af en toe stil te staan bij de werkwijzen en gewoonten die vaak automatisch worden toegepast of gehandhaafd.

Deze tips zijn gebaseerd op onder andere een studie van Marcelin e.a. (2019)<sup>109</sup>, passages uit het boek *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk* (2016)<sup>110</sup> en de eerdergenoemde KIS-publicatie van Felten e.a. (2020)<sup>3</sup>.

organisatie om een investering in een duurzame en inclusieve cultuur binnen de organisatie waarin iedereen zich thuis voelt, anders bestaat de kans dat mensen die zich geen onderdeel voelen van het team ontslag nemen.

Een organisatie kan het streven naar meer diversiteit vastleggen in het aannamebeleid. Bij de werving is het verstandig om goed na te denken over vacatureteksten, wervingskanalen en de profilering van de instelling als werkgever.<sup>112</sup> Ook kan een instelling meer onderlinge informele contacten en uitwisseling tussen collega-zorgverleners met diverse achtergronden stimuleren. Dit contact kan bijdragen aan het verminderen van impliciete bias in de gezondheidszorg.<sup>113,114</sup> Een organisatie kan dit faciliteren door in trainingen gelegenheid te geven voor positieve contacten met collega's van diverse achtergronden, en tegelijkertijd ruimte te geven aan het ongemak dat gevoeld kan worden en het bespreekbaar maken van eventuele spanningen.

### **Creëer gelijke kansen voor alle medewerkers**

Net als in andere sectoren blijkt ook in de zorgsector dat zorgverleners met een migratieachtergrond niet altijd dezelfde kans krijgen op een promotie of opleidingsplek. Het is belangrijk om ook binnen de organisatie aandacht te hebben voor verschillen in doorgroeimogelijkheden. Succesvolle artsen, academici en andere professionals met een migratieachtergrond kunnen als rolmodellen studenten en jongere collega's motiveren door hun ervaringen te delen.<sup>80,115,116</sup>

### **Faciliteer scholing en training in bewustwording van impliciete vooroordelen en de gevolgen van discriminatie**

Eerder is de meerwaarde van trainingen besproken om medewerkers bewust te maken van impliciete vooroordelen en de gevolgen van discriminatie. Meer bewustwording van het eigen gedrag kan helpen meer controle te krijgen over je eigen impliciete en expliciete aannamen. Op organisatieniveau kan jaarlijks geïnvesteerd worden in scholing; ook kan de organisatie zorgen dat nieuwe medewerkers scholing krijgen aangeboden. Hierbij kan ook gedacht worden aan intervisie, leerkringen, spiegelbijeenkomsten of een-op-een coaching, waarin medewerkers directe feedback krijgen op hun eigen handelen. Het werken met ervaringsdeskundigen is hierbij van grote meerwaarde.

### **Monitor patiënttevredenheid en ervaringen met discriminatie**

Vanuit onderzoek naar discriminatie bij zorggebruikers weten we dat discriminatie een thema is dat niet gauw besproken wordt. Daarom is het nodig dat zorgorganisaties patiënten en cliënten ondersteunen bij het aankaarten van mogelijke ervaringen met discriminatie. Dit kan bijvoorbeeld gemonitord worden door patiënttevredenheidsonderzoeken. Maar ook klachtenprocedures binnen zorgorganisaties moeten toegankelijk zijn voor mensen die zich gediscrimineerd voelen. Patiënten en cliënten die een klacht hebben ingediend dienen vervolgens te horen krijgen wat er met hun klacht gebeurt en de betrokken zorgverleners moeten hier



## Box 9. Goede initiatieven en voorbeelden

In het UMC Utrecht is een platform diversiteit en inclusie opgericht en voor de docenten van de faculteit geneeskunde is een awarenessstraining opgezet. Daarnaast is er samen met de Universiteit Utrecht een programma ontwikkeld om elkaar (medewerkers onderling) te leren aanspreken en bewust te worden van onbewuste bias. Maastricht University en de Radboud Universiteit hebben een antiracismewerkgroep opgezet om racisme aan te pakken binnen hun instellingen. Ook het landelijk platform CODING (Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde), dat bestaat uit (toekomstige) zorgprofessionals, zet zich in voor een sensitief en inclusief zorgsysteem dat impliciete en expliciete bias herkent, erkent en hierop anticipeert.

De Medische Faculteits Vereniging Rotterdam heeft een aparte commissie, de Diversiteit en Inclusie StudentenCommissie (DISCO), die als doel heeft om een inclusievere studieomgeving te bevorderen. DISCO stelt dat de medische faculteit een plek hoort te zijn waar iedereen zich thuis kan voelen, ongeacht de verschillen.

Een ander voorbeeld betreft de landelijke projectgroep rondom etnocentrisme in de huisartsenopleiding. Deze projectgroep heeft een eerste verkenning gedaan naar ongelijke kansen binnen huisartsenopleidingen voor verschillende etnische groepen en geeft diverse aanbevelingen om deze problematiek tegen te gaan.<sup>80</sup>

eveneens in mee worden genomen. Dit alles draagt bij aan het stellen van een gezamenlijke norm.<sup>3,117</sup>

### Zorgsysteem, onderzoek en opleidingen: derde niveau

#### Toets richtlijnen en standaarden op kennis over etnische diversiteit en de impact ervan op uitkomsten van zorg

Om goede zorg te leveren voor alle patiënten ongeacht hun etnische afkomst is het nodig om in sommige gevallen onderscheid te maken

naar migratieachtergrond of afkomst.

Wetenschappelijke kennis hierover hoort in de richtlijnen thuis. Pharos beoordeelt en adviseert over de aandacht voor sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen in richtlijnen en standaarden. Dit wordt nu al gedaan in structurele samenwerking met NHG (huisartsen), KNMP (apothekers), IKNL (oncologen) en GGD-GHOR/ ZonMw (jeugdgezondheidszorg). Op aanvraag bieden we ook advies over andere richtlijnen. Op basis van onze aanvullingen op de richtlijnen (onderbouwd met wetenschappelijke kennis) worden onderdelen van richtlijnen bijgesteld. Het

stappenplan *Gezondheidsverschillen in richtlijnen* biedt houvast bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en de beoordeling en aanvulling van bestaande (zie <https://www.pharos.nl/infosheets/sociaal-economische-en-etnische-gezondheidsverschillen-in-richtlijnen>).

### **Zorg voor inclusief wetenschappelijk onderzoek**

Het is belangrijk dat de onderzoekspopulatie een afspiegeling vormt van de samenleving. Meer differentiatie naar etnische achtergrond in klinisch onderzoek draagt bij aan meer specifieke kennis over ziekten, sterfte en de werking van behandelingen en medicatie in bepaalde (etnische) groepen. Registratie op etniciteit van patiënten maakt dergelijk onderzoek mogelijk. Met gedifferentieerde gegevens kunnen ongelijke uitkomsten van zorg zichtbaar gemaakt worden, kunnen de oorzaken daarvan nader onderzocht worden en kan vervolgens gestuurd worden op meer gelijke gezondheidsuitkomsten.<sup>22</sup>

Een actueel voorbeeld is de oversterfte door COVID-19 onder inwoners met een Surinaamse achtergrond. Mogelijke oorzaken worden gezocht in de hogere prevalentie van hart- en vaatziekten, waardoor deze groep extra kwetsbaar is. Maar ook kansenongelijkheid, racisme en mogelijk onderbehandeling kunnen een rol spelen. Nader onderzoek moet dat uitwijzen.<sup>22</sup>

Behalve in medisch onderzoek is het ook van belang dat landelijke monitoren op gezondheid van het CBS en de GGD'en investeren in het bereiken van inwoners met een migratie-achtergrond. Tot nog toe zijn deze groepen

ondervetegenwoordigd, waardoor de gegevens over gezondheid, aandoeningen en leefstijl onvoldoende zeggen over deze groepen.

### **Bevorder de acceptatie van meer wetenschappelijke artikelen over etnische diversiteit en discriminatie**

Naast de uitvoering van het onderzoek zelf zijn publicaties over dit onderwerp van groot belang. Wetenschappelijke tijdschriften kunnen bijdragen aan meer kennis over en agendering van discriminatie in de zorg.<sup>118</sup> Dat kan door meer aandacht te geven aan onderzoek op dit terrein, kritisch te kijken naar het eigen redactieproces, en ervoor te zorgen dat er culturele diversiteit is onder de referenten en commissieleden, zodat ook in de beoordeling van artikelen meerdere perspectieven worden meegenomen.<sup>119</sup>

### **Toets algoritmen in de zorg op 'gelijke kansen voor iedereen'**

Met de digitalisering van de zorg en daarmee het gebruik van steeds meer technologie zijn algoritmes niet meer weg te denken. Omdat bias in algoritmen terechtkomt - en daardoor discriminatie in de hand werkt - is het van belang om kritisch te onderzoeken of de algoritmen kloppen voor verschillende patiëntengroepen en inclusief zijn. Als zorgverlener is het belangrijk om je bewust te zijn van bias in medische apparatuur en de ongelijke zorguitkomsten die daardoor kunnen ontstaan. Maar ook datawetenschappers, medische productontwikkelaars en (medische) ethici kunnen een bijdrage leveren aan het garanderen van inclusieve algoritmen.

## **Box 10. Toelichting op werkzame strategieën die ingezet kunnen worden in trainingen en binnen organisaties**

Samenvatting uit het KIS-rapport *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie*.<sup>3</sup>

### **Werkzame strategieën**

Veel interventies die als doel hebben discriminatie op grond van etnische afkomst, maar ook in het algemeen, te verminderen zijn gebaseerd op een aantal bekende werkzame mechanismen. Deze mechanismen kunnen op verschillende niveaus in de zorg ingezet worden: op het niveau van de zorgverlener, op het niveau van de organisatie en op het niveau van het systeem en de opleidingen. Meestal wordt een combinatie van de hierna beschreven mechanismen gebruikt in trainingen of beleid gericht op het verminderen van vooroordelen en discriminatie.

#### **1. Empathie en inlevingsvermogen vergroten**

Het meevoelen met of zich verplaatsen in een ander draagt bij aan meer begrip en een positievere houding ten aanzien van de ander. Door een persoonlijk verhaal te vertellen vanuit het perspectief van degene die gediscrimineerd wordt, gaan mensen zich meer identificeren met en zich beter inleven in die persoon en kunnen zij daardoor meer begrip opbrengen voor wat die persoon meemaakt. Hierdoor verminderen stereotypen en vooroordelen.

Ervaringsverhalen kunnen gedeeld worden in de vorm van een film, documentaire, theaterstuk, nieuwsbericht, boek of persoonlijk interview. Dit werkt het best als de verteller/de hoofdpersoon zelf behoort tot de gediscrimineerde groep.

#### **2. Sociale norm veranderen**

Gedrag van mensen wordt voor een groot deel bepaald door de heersende sociale norm. Die norm is de perceptie van de meest geaccepteerde manier van doen of reageren in een bepaalde situatie. Bij het veranderen van leefstijl wordt vaak ingezet op het veranderen van de (perceptie van de) sociale norm.<sup>124</sup> Ditzelfde mechanisme kan benut worden bij het veranderen van stereotypen en vooroordelen. Wanneer iemand ontdekt dat 'leden van de eigen groep' geneigd zijn tot het afkeuren van discriminatie op basis van afkomst, dan zal die persoon zelf ook eerder geneigd zijn tot een afkeurende houding. Dit heeft alles te maken met de behoefte van mensen om tot een sociale groep te behoren. Het aanpassen aan de normen en waarden van de groep is dan een voorwaarde om je sociale identiteit te behouden.<sup>125</sup>

Het beïnvloeden van een sociale norm kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld door te laten zien hoe andere mensen denken over bepaalde gedragingen of opvattingen. Als er informatie gedeeld wordt waaruit blijkt dat de meeste mensen discriminatie afkeuren, dan zijn anderen geneigd deze opvatting over te nemen. Ook door direct feedback te geven op iemands gedrag kun je hem of haar aan het denken zetten: je doet het slechter dan de rest, of: je hebt meer vooroordelen dan andere mensen uit de groep waartoe je behoort. Tot slot kun je via een community-aanpak, waarin je je richt op een hele gemeenschap (of bijvoorbeeld alle medewerkers van een instelling), gedragingen en sociale normen beïnvloeden. Bijvoorbeeld door rolmodellen (invloedrijke personen) hun opvattingen te laten delen.

### **3. Bewustwording vergroten en meer controle krijgen**

Veel interventies zijn gericht op het vergroten van de bewustwording van de eigen vooroordelen en stereotypen, en vervolgens op het aanreiken van strategieën om het opspelen van vooroordelen tegen te gaan.<sup>62</sup>

Naarmate je je bewust bent geworden van je eigen vooroordelen en daarop kunt reflecteren, kun je deze ook beter onder controle krijgen. Dit blijkt alleen te werken bij mensen die hun eigen vooroordelen afkeuren en die intrinsiek gemotiveerd zijn om minder te discrimineren. Zij leren als het ware beter letten op hun eigen gedrag en opvattingen, en ze kunnen eerder bijsturen als zij zich bewust worden van de vooroordelen die op dat moment een rol spelen. Ruimte hebben om te leren en te mogen falen is hierbij belangrijk. Onder tijdsdruk of in stressvolle situaties is het moeilijk om te reflecteren op je gedrag of gedachten en ben je je minder bewust van de invloed van stereotypen of vooroordelen.

*"All of us have implicit biases to some degree. This does not necessarily mean we will act in an inappropriate or discriminatory manner, only that our first 'blink' sends us certain information. Acknowledging and understanding this implicit response and its value and role is critical to informed decision-making and is particularly critical to those whose decisions must embody fairness and justice."* (Malcolm Gladwell in zijn bestseller Blink)<sup>126</sup>

### **4. Stereotypen ontkrachten (denken aan counter-stereotypen)**

Een andere manier om stereotiepe opvattingen te doorbreken is door mensen actief te laten nadenken over een persoon die niet voldoet aan het stereotiepe beeld. Bijvoorbeeld een mannelijke hulp in de huishouding of een moslima met hoofddoek die chirurg is. Door deze

anti-stereotiepe beelden en verhalen wordt het creatieve en flexibele denken gestimuleerd en kan op den duur stereotypering verminderen. Hier is veel bewijs voor gevonden in experimentele studies (zie het overzicht in het KIS-rapport *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie*<sup>3</sup>). Dit blijkt vooral effectief te zijn bij mensen die van nature minder flexibel en creatief denken en die nog verrast reageren op (een verhaal over) een counter-stereotiep persoon.

Datawetenschappers kunnen bijvoorbeeld inzetten op de verzameling van meer inclusieve data. In het gebruik van deze data dienen ook de labels die hieraan gegeven worden inclusief te zijn en stereotypering tegen te gaan.<sup>120</sup>

Meer diversiteit binnen de groep van datawetenschappers en designers zal ook meehelpen in de ontwikkeling van algoritmen die bijdragen aan gelijke kansen voor alle zorggebruikers evenals het routinematig testen van algoritmen.<sup>121-123</sup> Bovendien kan ingezet worden op de ontwikkeling van antiracistische normen en analyse binnen het wetenschappelijk onderzoek en dit onderdeel maken van medische ethiek en wetenschappelijke integriteitsnormen.<sup>120,123</sup>

### **Geef meer aandacht in opleidingen aan etnische diversiteit en het risico van discriminatie in de zorg**

In het vaste curriculum van zorgopleidingen moet er voldoende aandacht zijn voor het aanleren van kennis, vaardigheden en attitudes, zodat toekomstige zorgverleners alert en zich bewust zijn van de werking van impliciete en expliciete bias (vooroordelen) en de gevolgen daarvan op hun handelen. Dit kan bijvoorbeeld

door een apart vak over diversiteit en bias te ontwikkelen of dit onderwerp te integreren in het communicatieonderwijs. Ook de medisch wetenschappelijke kennis over etnische verschillen in gezondheid en uitkomsten van zorg verdient hierin meer aandacht.

### **Zorg voor het aantrekken én behouden van studenten met een migratieachtergrond**

Het onderwijs moet actief inzetten op het aantrekken en behouden van geneeskunde-studenten met een migratieachtergrond, zodat toekomstige artsen een betere afspiegeling vormen van de samenleving. Dit betekent dat zij gelijke kansen moeten krijgen om door te stromen naar specialistische opleidingen en dat eraan gewerkt moet worden dat ze zich meer thuis voelen binnen de opleiding. Ook zouden er meer rolmodellen benut moeten worden en zouden studenten met een minder groot netwerk extra ondersteuning moeten krijgen bij het vinden van een opleidingsplek. Dit is een greep uit de mogelijke aangrijpingspunten. Bij verschillende opleidingen is hier al extra aandacht voor (zie onder andere box 9 met goede voorbeelden).

# Slotwoord

In deze publicatie hebben we laten zien welke impact discriminatie heeft op het welzijn en de gezondheid van mensen. Daarnaast hebben we onderbouwd hoe binnen de gezondheidszorg discriminatie (nog steeds) leidt tot bewuste en onbewuste uitsluiting van mensen, met soms grote gevolgen voor de kwaliteit van de ontvangen zorg. We hopen dat deze kennis bijdraagt aan een grotere bewustwording en erkenning van het feit dat in Nederland discriminatie op basis van etnische afkomst nog steeds plaatsvindt. Voor het domein van de gezondheidszorg bieden we aangrijpingspunten om discriminatie tegen te gaan op alle niveaus van het zorgsysteem.

Op het niveau van de individuele zorgverlener vraagt dit om voortdurende reflectie op de eigen opvattingen, het handelen en de eigen verbale en non-verbale communicatie. Zo leer je ruimte te geven aan het perspectief van de ander en niet te snel te oordelen. Hiermee creëer je een veilige omgeving waarin mensen eerlijk durven te zijn over hun ervaringen en zij serieus genomen worden. Een veilige omgeving biedt zorgverleners ook de ruimte om discriminatie bespreekbaar te maken met patiënten, onderling met collega's en met leidinggevendenden binnen de eigen organisatie.

Op het niveau van het systeem vraagt het om meer aandacht voor diversiteit en inclusiviteit in wetenschappelijk (medisch) onderzoek, in de opleidingen, en in de richtlijnen en standaarden. Zorgorganisaties kunnen in hun visie, missie en personeels-beleid nog veel meer doen om discriminatie tegen te gaan. De oplossingsrichtingen die we noemen zijn niet nieuw, maar we laten hier wel de sterke samenhang zien tussen het systeem, de organisaties en instellingen en het individuele handelen van zorgverleners. Om daadwerkelijk discriminatie tegen te gaan is verandering nodig op al deze onderdelen. Dit vraagt om leiderschap met een duidelijke visie op het tegengaan van discriminatie in de gezondheidszorg.

Op initiatief van het ministerie van VWS zijn er begin dit jaar rondetafelgesprekken gevoerd met betrokken partners over discriminatie in de zorg. Samen met alle spelers in het veld van de zorg wil Pharos deze beweging verder brengen en zich de komende jaren hard maken voor de aanpak van discriminatie in de gezondheidszorg. Zeker niet alleen door dit probleem te agenderen, maar ook door samen met partijen te komen tot plannen van aanpak en al doende samen te leren wat nu echt werkt om discriminatie tegen te gaan in de zorg.

# Referenties

1. Kolste, R. & Venderfbos, J. *Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg* (Pharos, 2022).
2. Andriessen, I. et al. *Ervaren discriminatie in Nederland II*. 1-216 (SCP, 2020).
3. Felten, H., Taouanza, I., Broekroelofs, R., Vijlbrief, A. & Cankor, E. *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie* (KIS, 2020).
4. Krieger, N. Discrimination and health inequities. *Int. J. Health Serv.* **44** (2014).
5. Davis, B. A. Discrimination: A Social Determinant of Health Inequities. *Health Aff.* (2020).
6. Omlo, J. & Butter, E. *Utrecht is ook mijn stad. Cijfers en verhalen over discriminatie en stigmatisering van moslims in Utrecht. Een verkennende studie* (Bureau Omlo, 2020).
7. Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J. D. J., Pottelberge, A. van, Baert, S. & Willems, S. J. T. Perceived discrimination in primary healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. *Health Soc. Care Community* **25** (2017).
8. Sussman, R. *The Myth of Race: The Troubling Persistence of an Unscientific Idea*. (Harvard University Press, 2014).
9. Wekker, G. *White innocence: Paradoxes of colonialism and race* (Duke University Press, 2016).
10. Kendall, F. *Understanding White Privilege*. (Taylor & Hudson, 2021). doi:10.4324/9780203961032-10
11. Kahneman, D. *Ons feilbare denken* (Uitgeverij Business Contact, 2011).
12. Sue, D. W. et al. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *Am. Psychol.* **62** (2007).
13. Ro, K. & Villarreal, J. Microaggression in Academia: Consequences and Considerations. *Nurs. Educ. Perspect.* **42** (2021).
14. Crenshaw, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Droit Soc.* (2021). doi:10.3917/drs1.108.0465
15. Wekker, G. & Lutz, H. A windswept plain. The history of gender and ethnicity-thought in the Netherlands. In *Caleidoscopische visies. De zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwenbeweging in Nederland* (Amsterdam: KIT, 2001).
16. Bey, G. Health Disparities at the Intersection of Gender and Race: Beyond Intersectionality Theory in Epidemiologic Research. In *Quality of Life - Biopsychosocial Perspectives* (London: IntechOpen2020). doi:10.5772/intechopen.92248
17. Harari, L. & Lee, C. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. *Soc. Sci. Med.* **277** (2021).

18. Houwink, E. J. F. et al. Farmacogenetica in de eerstelijnszorg: Toepassing en toekomstverwachtingen. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* **159** (2015).
19. Essed, P. & Hoving, I. Innocence, Smug Ignorance, Resentment: An Introduction to Dutch Racism. In *Dutch Racism* (Leiden: Brill, 2015). doi:10.1163/9789401210096\_002
20. Çankaya, S. & Mepschen, P. Facing racism: discomfort, innocence and the liberal peripheralisation of race in the Netherlands. *Soc. Anthropol.* (2019). doi:10.1111/1469-8676.12699
21. Felten, H., Cadat-Lampe, M. & Does, S. *Een ogenschijnlijke paradox. Om racisme aan te pakken moet je niet kleurenblind zijn* (KIS, 2022).
22. Brewster, L. Registratie naar etniciteit maakt onderzoek. *Med. Contact (Bussum)*. (2020).
23. Lewis, T. T., Williams, D. R., Tamene, M. & Clark, C. R. Self-Reported Experiences of Discrimination and Cardiovascular Disease. *Curr. Cardiovasc. Risk Rep.* **8** (2014).
24. Dolezsar, C. M., McGrath, J. J., Herzig, A. J. M. & Miller, S. B. Perceived racial discrimination and hypertension: A comprehensive systematic review. *Heal. Psychol.* (2014). doi:10.1037/a0033718
25. Bernardo, C. de O., Bastos, J. L., González-Chica, D. A., Peres, M. A. & Paradies, Y. C. Interpersonal discrimination and markers of adiposity in longitudinal studies: a systematic review. *Obesity Reviews* (2017). doi:10.1111/obr.12564
26. Lockwood, K. G., Marsland, A. L., Matthews, K. A. & Gianaros, P. J. Perceived discrimination and cardiovascular health disparities: a multisystem review and health neuroscience perspective. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* (2018). doi:10.1111/nyas.13939
27. Ikram, M. U. Z. *Social determinants of ethnic minority health in Europe* (University of Amsterdam, 2016).
28. Beek, M. H. van de, Krieke, L. van der, Schoevers, R. A. & Veling, W. Social exclusion and psychopathology in an online cohort of Moroccan-Dutch migrants: Results of the MEDINA-study. *PLoS One* (2017). doi:10.1371/journal.pone.0179827
29. Slopen, N., Lewis, T. T. & Williams, D. R. Discrimination and sleep: A systematic review. *Sleep Med.* **18** (2016).
30. Gilbert, P. A. & Zemore, S. E. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc. Sci. Med.* (2016). doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.009
31. Paradies, Y. et al. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* **10** (2015).
32. Hertzman, C. & Boyce, T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu. Rev. Public Health* **31** (2010).
33. Hicken, M. T., Lee, H., Morenoff, J., House, J. S. & Williams, D. R. Racial/ethnic disparities in hypertension prevalence: Reconsidering the role of chronic stress. *Am. J. Public Health* **104** (2014).



34. Hicken, M. T., Lee, H., Ailshire, J., Burgard, S. A. & Williams, D. R. 'Every Shut Eye, Ain't Sleep': The Role of Racism-Related Vigilance in Racial/Ethnic Disparities in Sleep Difficulty. *Race Soc. Probl.* **5** (2013).
35. Laveist, T. A. & Pierre, G. Integrating the 3Ds - social determinants, health disparities, and health-care workforce diversity. *Public Health Rep.* **129** (2014).
36. Laveist, T. A., Thorpe, R. J., Pierre, G., Mance, G. A. & Williams, D. R. The relationships among vigilant coping style, race, and depression. *J. Soc. Issues* **70** (2014).
37. Priest, N. *et al.* A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Soc. Sci. Med.* **95** (2013).
38. Heard-Garris, N. J., Cale, M., Camaj, L., Hamati, M. C. & Dominguez, T. P. Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health. *Soc. Sci. Med.* **199** (2018).
39. Tran, A. G. T. T. Family Contexts: Parental Experiences of Discrimination and Child Mental Health. *Am. J. Community Psychol.* (2014). doi:10.1007/s10464-013-9607-1
40. Hoesper, K. & Loenen, T. van. *Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen* (Pharos, 2021).
41. Berger, M. & Sarnyai, Z. 'More than skin deep': Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress* (2015). doi:10.3109/10253890.2014.989204
42. Williams, D. R. & Mohammed, S. A. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *J. Behav. Med.* **32**, 20-47 (2009).
43. Bhattacharyya, M. R. & Steptoe, A. Emotional Triggers of Acute Coronary Syndromes: Strength of Evidence, Biological Processes, and Clinical Implications. *Prog. Cardiovasc. Dis.* **49** (2007).
44. Pascoe, E. A. & Richman, L. S. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol. Bull.* **135** (2009).
45. Jackson, J. S. & Knight, K. M. Race and self-regulatory health behaviors: the role of the stress response and the HPA axis in physical and mental health disparities. In *Social Structures, Aging, and Self-regulation in the Elderly* (Springer Publishing Company, 2006).
46. Ben, J., Cormack, D., Harris, R. & Paradies, Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* **12**, 1-22 (2017).
47. Guyll, M., Matthews, K. A. & Bromberger, J. T. Discrimination and unfair treatment: Relationship to cardiovascular reactivity among African American and European American women. *Heal. Psychol.* (2001). doi:10.1037/0278-6133.20.5.315
48. Paradies, Y., Truong, M. & Priest, N. A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *J. Gen. Intern. Med.* **29** (2014).

49. Peters, I. A. et al. Ethnicity and Language Proficiency Differences in the Provision of and Intention to Use Prenatal Screening for Down's Syndrome and Congenital Anomalies. A Prospective, Non-selected, Register-Based Study in the Netherlands. *Matern. Child Health J.* **22** (2018).
50. Pijpers, F. & Feron, F. Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond? (NCJ, 2019).
51. Bécares, L., Nazroo, J. & Kelly, Y. A longitudinal examination of maternal, family, and area-level experiences of racism on children's socioemotional development: Patterns and possible explanations. *Soc. Sci. Med.* (2015). doi:10.1016/j.socscimed.2015.08.025
52. Mays, V. M., Cochran, S. D. & Barnes, N. W. Race, race-based discrimination, and health outcomes among African Americans. *Annu. Rev. Psychol.* **58** (2007).
53. Sanders-Phillips, K., Settles-Reaves, B., Walker, D. & Brownlow, J. Social inequality and racial discrimination: Risk factors for health disparities in children of color. *Pediatrics* **124** (2009).
54. Franks, N. M., Gipson, K., Kaltiso, S. A., Osborne, A. & Heron, S. L. The Time Is Now: Racism and the Responsibility of Emergency Medicine to Be Antiracist. *Ann. Emerg. Med.* (2021). doi:10.1016/j.annemergmed.2021.05.003
55. Hall, W. J. et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *Am. J. Public Health* (2015). doi:10.2105/AJPH.2015.302903
56. Johnson, T. J. Racial Bias and Its Impact on Children and Adolescents. *Pediatr. Clin. North Am.* **67**, 425-436 (2020).
57. Geneviève, L. D., Martani, A., Shaw, D., Elger, B. S. & Wangmo, T. Structural racism in precision medicine: Leaving no one behind. *BMC Med. Ethics* (2020). doi:10.1186/s12910-020-0457-8
58. Edgoose, J., Quiogue, M. & Sidhar, K. How to identify, understand, and unlearn implicit bias in patient care. *Fam. Pract. Manag.* (2019).
59. Johnson, T. J. et al. The Impact of Cognitive Stressors in the Emergency Department on Physician Implicit Racial Bias. *Acad. Emerg. Med.* **23**, 297-305 (2016).
60. Hagiwara, N., Slatcher, R. B., Eggly, S. & Penner, L. A. Physician Racial Bias and Word Use during Racially Discordant Medical Interactions. *Health Commun.* (2017). doi:10.1080/10410236.2016.1138389
61. Narayan, M. C. CE: Addressing Implicit Bias in Nursing: A Review. *Am. J. Nurs.* **119** (2019).
62. Zestcott, C. A., Blair, I. V. & Stone, J. Examining the presence, consequences, and reduction of implicit bias in health care: A narrative review. *Group Process. Intergroup Relat.* (2016). doi:10.1177/1368430216642029
63. Penner, L. A. et al. Racial healthcare disparities: A social psychological analysis. *Eur. Rev. Soc. Psychol.* **24** (2013).
64. Fitzgerald, C. & Hurst, S. Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Med. Ethics* (2017). doi:10.1186/s12910-017-0179-8

65. Chapman, E. N., Kaatz, A. & Carnes, M. Physicians and implicit bias: How doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J. Gen. Intern. Med.* (2013). doi:10.1007/s11606-013-2441-1
66. Nhass, H. Discriminatie in de zorg: 'Heeft u wel de juiste diploma's?' *Sociale Vraagstukken* (2021).
67. Vilans. *Kleurrijke zorgverleners. Hoe zorgverleners, managers en organisaties samen werken aan cultuursensitieve ouderenzorg* (Vilans, 2020).
68. Jetty, A. et al. Patient-Physician Racial Concordance Associated with Improved Healthcare Use and Lower Healthcare Expenditures in Minority Populations. *J. Racial Ethn. Health Disparities* (2021). doi:10.1007/s40615-020-00930-4
69. Gomez, L. E. & Bernet, P. Diversity improves performance and outcomes. *J. Natl. Med. Assoc.* (2019). doi:10.1016/j.jnma.2019.01.006
70. Wren Serbin, J. & Donnelly, E. The Impact of Racism and Midwifery's Lack of Racial Diversity: A Literature Review. *J Midwifery Womens Health* (2016). doi:10.1111/jmwh.12572
71. Duin, C. van, Stoeldraijer, L. & Ooijevaar, J. *Bevolkingstrends. Bevolkingsprognose 2014-2060: veronderstellingen migratie* (CBS, 2015).
72. Greenwood, B. N., Hardeman, R. R., Huang, L. & Sojourner, A. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* (2020). doi:10.1073/pnas.1913405117
73. Muijsenbergh, M. E. T. C. van den, Quarsie, J., Burgers, J. S. & Agyemang, C. Onderscheid naar etnische afkomst: Hoe doen we dat in de gezondheidszorg? *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* **165** (2021).
74. Sirugo, G., Williams, S. M. & Tishkoff, S. A. The Missing Diversity in Human Genetic Studies. *Cell* **177** (2019).
75. AMC & GGD Amsterdam. Helius-studie. Available at: <https://heliusstudy.nl> (Accessed: 8th February 2022).
76. Nelson, B. How dermatology is failing melanoma patients with skin of color. *Cancer Cytopathol.* **128** (2020).
77. Gupta, A. K., Bharadwaj, M. & Mehrotra, R. Skin cancer concerns in people of color: Risk factors and prevention. *Asian Pacific J. Cancer Prev.* (2016). doi:10.22034/APJCP.2016.17.12.5257
78. Zeegelaar, J. E. et al. Huid van kleur in de Nederlandse dermatologische praktijk. *Ned. Tijdschr. vr Dermatologie en Venereologie*, (2021).
79. Isik, U. et al. Factors influencing academic motivation of ethnic minority students: A review. *SAGE Open* **8** (2018).
80. Moppes, N. van, Schleypen, H., Fichtner, C., Visser, M. & Muijsenbergh, M. van den. Onderzoek naar ethnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig. *Huisarts Wet.* **63** (2020).
81. Panch, T., Pearson-Stuttard, J., Greaves, F. & Atun, R. Artificial intelligence: opportunities and risks for public health. *Lancet Digit. Health* **1** (2019).

82. Brault, N. & Saxena, M. For a critical appraisal of artificial intelligence in healthcare: The problem of bias in mHealth. *J. Eval. Clin. Pract.* (2021). doi:10.1111/jep.13528
83. Penner, L. A. et al. The impact of Black cancer patients' race-related beliefs and attitudes on racially-discordant oncology interactions: A field study. *Soc. Sci. Med.* **191** (2017).
84. Baars, R. van. Verbetering van preventie van baarmoederhalskanker met behulp van HPV-zelfafname, colposcopie en biomarkers. Cervical cancer prevention by HPV self-sampling, colposcopy and biomarkers. *Tijdschr. Infect.* (2015).
85. Giessen, J. van der et al. Communication about breast cancer genetic counseling with patients with limited health literacy or a migrant background: evaluation of a training program for healthcare professionals. *J. Community Genet.* (2021). doi:10.1007/s12687-020-00497-x
86. Lamkaddem, M. et al. Ethnic differences in colon cancer care in the Netherlands: A nationwide registry-based study. *BMC Cancer* (2017). doi:10.1186/s12885-017-3241-5
87. Slaughter-Acey, J. C. et al. Skin Tone Matters: Racial Microaggressions and Delayed Prenatal Care. *Am. J. Prev. Med.* **57** (2019).
88. Dawes, S. M., Tsai, S., Gittleman, H., Barnholtz-Sloan, J. S. & Bordeaux, J. S. Racial disparities in melanoma survival. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2016). doi:10.1016/j.jaad.2016.06.006
89. Qian, Y. et al. The ongoing racial disparities in melanoma: An analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results database (1975-2016). *J. Am. Acad. Dermatol.* **84** (2021).
90. Penner, L. A. et al. Life-Threatening Disparities: The Treatment of Black and White Cancer Patients. *J. Soc. Issues* **68** (2012).
91. Sabin, J. A. & Greenwald, A. G. The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: Pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma. *Am. J. Public Health* **102** (2012).
92. Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R. & Oliver, M. N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* **113** (2016).
93. Trawalter, S. & Hoffman, K. M. Got pain? Racial bias in perceptions of pain. *Soc. Personal. Psychol. Compass* **9** (2015).
94. Ghoshal, M., Shapiro, H., Todd, K. & Schatman, M. E. Chronic noncancer pain management and systemic racism: Time to move toward equal care standards. *J. Pain Res.* (2020). doi:10.2147/JPR.S287314
95. Ringbäck Weitoft, G., Ericsson, Ö., Löfroth, E. & Rosén, M. Equal access to treatment? Population-based follow-up of drugs dispensed to patients after acute myocardial infarction in Sweden. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* (2008). doi:10.1007/s00228-007-0425-y

96. Hall-Lipsy, E. A. & Chisholm-Burns, M. A. Pharmacotherapeutic disparities: Racial, ethnic, and sex variations in medication treatment. *Am. J. Heal. Pharm.* **67** (2010).
97. Muijsenbergh, M. E. T. C. van den. *Verschil moet er zijn!* (Radboudumc, 2018). doi:10.2143/TVT.48.1.3203485
98. Shepherd, S. M. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med. Educ.* **19** (2019).
99. Chae, D., Kim, J., Kim, S., Lee, J. & Park, S. Effectiveness of cultural competence educational interventions on health professionals and patient outcomes: A systematic review. *Japan J. Nurs. Sci.* (2020). doi:10.1111/jjns.12326
100. Hoorntje, R. Hoe behandel je het trauma van racisme? *One World* (2020).
101. Goris, P. Psychologe Birsen Taspinar: 'Racisme laat bij elk slachtoffer een wonde achter die verzorgd moet worden'. *Mondiaal Nieuws* (2021).
102. Missler, J. Zainab zat na racisme bij de psychiater: 'Het bespreekbaar maken had veel pijn kunnen voorkomen'. *Trouw* (2020).
103. Stone, J. & Moskowitz, G. B. Non-conscious bias in medical decision making: What can be done to reduce it? *Med. Educ.* **45** (2011).
104. Devine, P. G., Forscher, P. S., Austin, A. J. & Cox, W. T. L. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *J. Exp. Soc. Psychol.* (2012). doi:10.1016/j.jesp.2012.06.003
105. Ricks, T. N., Abbyad, C. & Polinard, E. Undoing racism and mitigating bias among healthcare professionals: Lessons learned during a systematic review. *J. Racial Ethn. Health Disparities* (2021). doi:10.1007/s40615-021-01137-x
106. Noon, M. Pointless diversity training: Unconscious bias, new racism and agency. *Work. Employ. Soc.* **32** (2018).
107. Atewologun, D., Cornish, T. & Tresh, F. *Unconscious bias training: An assessment of the evidence for effectiveness. Equality and Human Rights Commission Research Report Series* (2018).
108. Burgess, D. J. et al. Communicating with providers about racial healthcare disparities: The role of providers' prior beliefs on their receptivity to different narrative frames. *Patient Educ. Couns.* (2019). doi:10.1016/j.pec.2018.08.030
109. Marcelin, J. R., Siraj, D. S., Victor, R., Kotadia, S. & Maldonado, Y. A. The impact of unconscious bias in healthcare: How to recognize and mitigate it. *J. Infect. Dis.* **220** (2019).
110. Muijsenbergh, M. E. T. C. van den & Oostenberg, E. *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk* (NHG & Pharos, 2016).
111. Jong, M. de et al. *Naar een inclusieve werkomgeving! Inzichten vanuit werk- en levenservaring en paradoxen uit de praktijk* (VU Amsterdam, 2021).
112. Coello Eertink, I. & Kreinsen, S. *Inclusief beleid op de werkplek. Factoren die bijdragen aan (het creëren van) een inclusieve werkvloer* (KIS, 2019).

113. Burke, S. E. et al. Informal training experiences and explicit bias against African Americans among medical students. *Soc. Psychol. Q.* (2017). doi:10.1177/0190272516668166
114. Ryn, M. van et al. Medical school experiences associated with change in implicit racial bias among 3547 students: A Medical Student CHANGES Study Report. *J. Gen. Intern. Med.* **30** (2015).
115. Nair, L. & Adetayo, O. A. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast. Reconstr. Surg. - Glob. Open* **7** (2019).
116. Muijsenbergh, M. E. T. C. van den & Busarib, J. De witte blik in de gezondheidszorg. *Soc. Vraagstukken* (2020).
117. Felten, H. et al. *Institutioneel racisme in Nederland. Literatuuronderzoek naar de aanwijzingen voor institutioneel racisme op de domeinen arbeidsmarkt, woningmarkt, onderwijs en politie* (KIS, 2021).
118. Sexton, S. M. et al. Systemic racism and health disparities: A statement from editors of family medicine journals. *Ann. Fam. Med.* **19** (2021).
119. Jackson, J. L., Bates, C., Asch, S. M., Roberts, R. & Clarkson, J. R. How can medical journals promote equity and counter racism? *J. Gen. Intern. Med.* **36** (2021).
120. Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C. & Mullainathan, S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science* **366** (2019).
121. Benjamin, R. Race after technology: Abolitionist tools for the new Jim Code. *Soc. Forces* (2020). doi:10.1093/sf/soz162
122. Ledford, H. Millions of black people affected by racial bias in health-care algorithms. *Nature* **574** (2019).
123. Owens, K. & Walker, A. Those designing healthcare algorithms must become actively anti-racist. *Nat. Med.* **26** (2020).
124. Bartholomew, L. K. et al. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (2nd ed.) (John Wiley & Sons Inc, 2006).
125. Brown, R. Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges. *Eur. J. Soc. Psychol.* (2000). doi:10.1002/1099-0992(200011/12)30:6
126. Gladwell, M. *Blink: The Power of Thinking Without Thinking*: by Malcolm Gladwell. *J. Advert. Res.* **46** (2006).



**Pharos Expertisecentrum  
Gezondheidsverschillen**

Arthur van Schendelstraat 600  
3511 MJ Utrecht  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)