

7 Discriminatie en sociale uitsluiting

Maria van den Muijsenbergh, Karen Hosper, Tessa van Loenen

In: Van den Muijsenbergh M & Oosterberg E: Persoonsgerichte zorg voor iedereen, met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. NHG / Pharos 2022. Prelum uitgeverij

Kernboodschappen

- Ook in de Nederlandse gezondheidszorg is sprake van discriminatie en racisme.
- Onbewuste vooroordelen spelen daarbij een grote rol, en leiden soms tot minder goede zorg.
- Ervaren discriminatie is gerelateerd aan een hogere kans op ziekten, zoals depressie en hypertensie.
- Sociale uitsluiting treft vooral mensen met een laag inkomen en heeft een sterk negatief effect op de lichamelijke en psychische gezondheid.

7.1 Achtergrond

7.1.1 Discriminatie en racisme

Discriminatie is een ten onrechte ongelijke behandeling van personen op basis van kenmerken of de sociale groep waartoe mensen behoren. Het gaat om het ongeoorloofd onderscheid maken op gronden die er niet toe doen, zoals gender, leeftijd, huidskleur, etnische afkomst, religie, maatschappelijke status, seksuele voorkeur.¹ Vaak is er sprake van intersectionaliteit: discriminatie op meer dan een kenmerk, waardoor de ernst van de discriminatie toeneemt; zo verdienen zwarte vrouwen niet alleen minder dan witte vrouwen, maar ook nog minder dan zwarte mannen.²

Discriminatie wordt, ook in Nederland, vaker ervaren door mensen uit een etnische minderheidsgroep: meer dan de helft van hen (55%) ervaart discriminatie vergeleken met minder dan een kwart van de andere Nederlanders (22%).¹ De tweedegeneratie personen met een migratieachtergrond ervaart meer discriminatie (61%), dan de eerste generatie (52%). Zij ervaren tevens 2,2 maal vaker dan andere Nederlanders discriminatie in de eerstelijnszorg.³ Hieruit blijkt dat ook binnen de, Nederlandse, gezondheidszorg sprake is van discriminatie. Niet alleen overigens van patiënten, maar ook van bijvoorbeeld huisartsen in opleiding met een migratieachtergrond.⁴

7.1.2 Discriminatie in de gezondheidszorg

Hulpverleners hebben met elke patiënt het beste voor, en zullen zelden iemand bewust minder goed behandelen vanwege diens huidskleur of een ander kenmerk. Toch komen discriminatie en racisme ook voor in de gezondheidszorg. Vaak is hier sprake van ten onrechte ongelijke behandeling op basis van impliciete vooroordelen, stereotypering.⁵

Elk mens, dus ook zorgverleners, heeft vooroordelen, geleid door een onbewust hersenproces dat ons in staat stelt een persoon of een situatie heel snel in te schatten – onontbeerlijk voor overleving. Juist in gehaaste situaties varen zorgverleners nog sterker op automatische vooroordelen.⁶

Soms leiden vooroordelen echter tot verkeerde inschattingen ('deze deftige oude mevrouw zal geen alcoholprobleem hebben'). Onderzoeken tonen dan ook aan dat door impliciete vooroordelen en onbewuste stereotypering sommige patiëntengroepen niet dezelfde zorg krijgen en slechtere gezondheidsuitkomsten hebben.^{7,8} Huisartsen blijken bijvoorbeeld allerlei vooroordelen te hebben over mensen met financiële problemen (zie hoofdstuk 6). Discriminatie en onbewuste vooroordelen treffen echter met name, ook in de zorg, mensen met een etnische-minderheidsachtergrond of donkere huidskleur. In reactie op de wereldwijde aandacht voor racisme klinkt ook binnen de gezondheidszorg steeds luider de roep om hiervoor aandacht te hebben.⁹ Veel zorgverleners reageren geschokt hierop: zij zijn zich er niet van bewust dat zij patiënten anders behandelen vanwege hun etnische achtergrond.¹⁰

Overigens vinden andersom ook stereotypering en racisme plaats door patiënten. Recent onderzoek toont aan dat artsen, verpleegkundigen, en medewerkers van de thuiszorg met een migratieachtergrond

of donkere huidskleur vaak te maken krijgen met patiënten die racistische opmerkingen maken ('microagressies') of regelrecht weigeren door hen te worden behandeld.¹¹

Voorbeelden van discriminatie in de gezondheidszorg

Omdat in Nederland etnische achtergrond niet wordt geregistreerd in de zorg, is het aantal gegevens over verschillen in zorg voor mensen met en zonder migratieachtergrond beperkt. Toch blijkt ook in Nederland dat bijvoorbeeld vrouwen met een migratieachtergrond minder vaak voorlichting krijgen over prenatale diagnostiek,¹² en wanneer zij borstkanker hebben minder vaak worden verwezen voor genetisch onderzoek.¹³ Een van de redenen hiervoor bleek de onterechte vooronderstelling van de Nederlandse artsen dat vrouwen met een migratieachtergrond om religieuze redenen geen genetisch onderzoek zouden willen.

Internationaal is er heel veel bewijs voor etnische discriminatie in de zorg, leidend tot minder goede zorg.¹⁴ Vaak betreft het onjuiste verwachtingen, bijvoorbeeld (ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk) dat migranten minder therapietrouw zijn¹⁵ of niet willen meebeslissen – terwijl bijvoorbeeld onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk liet zien dat ook patiënten met een migratieachtergrond heel graag willen meebeslissen tijdens consulten.¹⁶ In consulten waarin arts en patiënt niet dezelfde etnische achtergrond hebben, wordt minder geïnvesteerd in het opbouwen van een relatie, worden minder vragen gesteld door patiënten en wordt er minder informatie gegeven door de arts.^{17,18} Dit laatste heeft vaak te maken met de verwachting van iemands taal- of intelligentieniveau, waardoor behandelingsopties minder uitgebreid besproken worden.^{18,19} Bijna twintig jaar geleden toonde huisarts Hans Harmsen dit ook al aan.

Een ander uitgebreid onderzocht voorbeeld van suboptimale behandeling op grond van etnische discriminatie is, dat er sprake is van minder adequate (te laat en te weinig) pijnbestrijding bij patiënten uit etnische minderheidsgroepen²⁰ en suboptimale perinatale zorg, met ook in Nederland slechtere uitkomsten van perinatale zorg voor migrantenvrouwen.²¹

Is onderscheid maken naar achtergrond altijd discriminatie?

Sommige mensen menen dat om discriminatie te vermijden, je beter helemaal nooit onderscheid kunt maken naar etnische achtergrond. Ook zeggen veel artsen dat het hen niet uitmaakt, of de patiënt wit rood of zwart is. Dit wordt ook wel eens 'kleurenblind-racisme' genoemd, omdat voor mensen uit etnische-minderheidsgroepen hun afkomst wel degelijk uitmaakt en omdat door zo'n benadering mensen het nadeel ervaren dat hun afkomst of kleur wordt ontkend.²²

Bovendien, zoals in hoofdstuk 12 en 13 wordt beschreven, is een migratieachtergrond soms wel degelijk van belang voor een juiste diagnose en behandeling. Anders dan soms gedacht wordt, is het registreren van etniciteit wel degelijk toegestaan en gerechtvaardigd wanneer dat noodzakelijk is voor de behandeling.²³

Of, zoals iemand het verwoordde die sociale uitsluiting aan den lijve ervoer:

'Veel organisaties, zowel in de gezondheidszorg als in de welzijnssector, zeggen tegen ons "wij behandelen iedereen hetzelfde hier", en wat wij dan proberen te zeggen is: door zo te doen houd je feitelijk de ongelijkheid in stand; je moet juist herkennen waar er verschillen tussen mensen zijn.'
Bron: O'Donnell, 'There is people like us and there is people like them, and we are not like them'²⁴

7.1.3 Negatieve invloed van discriminatie en sociale uitsluiting op gezondheid en zorggebruik

Niet alleen door suboptimale zorg, maar ook rechtstreeks leidt het ervaren van discriminatie tot een slechtere gezondheid. Uit Nederlands en internationaal onderzoek blijkt dat ervaren discriminatie het risico vergroot op onder meer hypertensie²⁵ en hart- en vaatziekten,²⁶ obesitas,²⁷ metabool syndroom²⁸ en depressies.^{26,29} Het gevoel van eigenwaarde neemt bovendien af als er meer discriminatie wordt ervaren,³⁰ hetgeen weer een negatief effect heeft op zelfmanagement.

Discriminatie heeft ook grote nadelige gevolgen voor de ontwikkeling en gezondheid van kinderen en jeugdigen.³¹ Langdurig ervaren discriminatie leidt tot epigenetische veranderingen die leiden tot versnelde veroudering.³²

Bovendien leidt het ervaren van discriminatie tot chronische stress en een verhoogde waakzaamheid, omdat men steeds weer een negatieve ervaring verwacht. Dit laatste leidt soms ook tot het vermijden van zorg.³³ Een geschaad vertrouwen in de zorg leidt er bovendien toe dat mensen minder de adviezen over medicatie of behandelingen opvolgen.³³

De COVID-19-pandemie heeft in veel opzichten ongunstige ervaringen in de zorg versterkt onder mensen met een migratieachtergrond: zij kregen onder andere te maken met meer discriminatie, wat leidde tot meer stress en depressieve gevoelens bij hen.^{34,35}

Niet alleen door discriminatie worden mensen buitengesloten, er zijn ook andere redenen waarom mensen niet kunnen meedoen in onze maatschappij. In Nederland is 9% van de mensen met een laag inkomen sociaal uitgesloten, wat betekent dat zij niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven, vergeleken met 1% van de mensen met een hoog inkomen.³⁶ Er is in dit opzicht geen verschil tussen mensen met en zonder een migratieachtergrond. Sociale uitsluiting wordt gemeten aan de hand van vier dimensies:

1. beperkte sociale participatie (sociale contacten, vrijwilligerswerk);
2. onvoldoende toegang tot grondrechten (zoals het recht op een veilig en intact huis) en kerninstituties (bijvoorbeeld gezondheidszorg en hulpverlening);
3. materiële deprivatie (onvoldoende inkomen);
4. gebrek aan normatieve integratie (plichten sociaal burgerschap, dus bijv. niet zwartrijden).³⁶

Mensen die sociaal zijn uitgesloten hebben vaak een beperkt en zeer kwetsbaar sociaal netwerk. Wanneer men weinig financiële middelen heeft en in armoede leeft, is niet alleen deelname aan sociale activiteiten lastig, maar is ook de toegang tot gezondheidszorg (bijv. fysiotherapie) beperkt. Daarnaast zijn maatschappelijke factoren, zoals individualisering van de samenleving en stigmatisering, van invloed.

'Er is een groep mensen in de maatschappij die uitgesloten zijn van de basisvoorzieningen waartoe andere mensen wel toegang hebben, zoals onderwijs en gezondheidszorg. Dat komt niet omdat die voorzieningen niet beschikbaar zijn voor hen, maar omdat hun diensten niet aansluiten bij de mensen die ze juist het hardste nodig hebben. (...) Bijvoorbeeld, als iemand niet komt opdagen bij een afspraak, omdat zij naar haar werk is gegaan – omdat als ze niet gaat werken ze geen geld heeft om de week door te komen – dan is daarvoor weinig begrip bij hulpverleners en diensten, en zeggen ze dat ze niet gemotiveerd is. Maar eigenlijk betekent het dat die mensen erg weinig inzicht hebben in hoe het is om van dag tot dag te moeten overleven.'

Bron: O'Donnell, 'There is people like us and there is people like them, and we are not like them'²⁴

Mensen die sociaal uitgesloten zijn, ervaren hun lichamelijke gezondheid minder vaak als goed dan degenen die niet uitgesloten zijn: 30% van de groep die het meest sociaal is uitgesloten is vergeleken met 75% van de minst uitgesloten groep.³⁶ Ook de psychische gezondheid van mensen die sociaal zijn uitgesloten is veel slechter: meer dan de helft van de mensen uit de groep 'meest sociaal uitgesloten' vindt zichzelf psychisch ongezond, terwijl bijna niemand uit de groep 'minst sociaal uitgesloten' dat van zichzelf vindt.³⁶

Andersom leidt een slechte gezondheid vaak tot minder sociale participatie en minder inkomen en dus tot meer sociale uitsluiting. Zo werkt meer dan 80% van degenen met een als goed ervaren gezondheid en/of geen beperkingen, tegenover ongeveer de helft van de mensen met een als minder goed ervaren gezondheid of met beperkingen. Een slechte gezondheid is de belangrijkste reden voor inwoners van achterstandswijken om niet maatschappelijk te participeren.³⁷

Maatschappelijke participatie belangrijk voor gezondheid

Schuring en haar collega's verwezen werkloze personen naar een re-integratiecentrum. Het hervatten van betaald werk leidde al binnen een halfjaar tot positieve gezondheidseffecten. Het grootste effect was te zien op de mentale gezondheid. Daarnaast voelden de personen die het werk hadden hervat zich minder beperkt door emotionele of lichamelijke problemen dan de personen die werkloos waren gebleven. Ook gaven zij aan beter te functioneren in de sociale omgeving. Het hervatten van werk had geen effect op de algemene en fysieke gezondheid.³⁸

Ook uit ander onderzoek blijkt dat personen die weer aan het werk zijn gegaan na een periode van werkloosheid, een aanmerkelijk lager risico hadden op een depressie dan degenen die werkloos waren gebleven. Het gaan doen of blijven doen van vrijwilligerswerk hangt ook samen met een betere gezondheid en een lagere sterfte van ouderen op latere tijdstippen.³⁷ Dit positieve effect geldt overigens niet voor mantelzorgers. Ook bij vluchtelingen is de positieve invloed van participatie op de gezondheid vastgesteld, vooral op de mentale gezondheid en op bewegen en gezond gewicht.³⁹

7.2 In de praktijk

Bewustwording van eigen impliciete bias, bijvoorbeeld door training in de huisartsenpraktijk en opleiding, is een belangrijke eerste stap om discriminatie tegen te gaan.^{4,40}

Zoals bij andere bronnen van stress is het belangrijk om aan discriminatie en uitsluiting te denken, dit met patiënten te bespreken en waar mogelijk oorzaken hiervan weg te nemen om aan te kaarten. Dit kan door de volgende tip die ontleend zijn aan de publicatie van Pharos.⁴¹

- Wees u 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 u onschuldige – houding of opmerking veel impact hebben. Sta open voor een gesprek over die verschillende interpretaties.
- Het vraagt veel moed om aan te geven dat iemand zich uitgesloten voelt of gediscrimineerd wordt. Als iemand u of uw praktijk aanspreekt, ga dan niet in de verdediging. Bedank in plaats daarvan de ander voor het delen van zijn of haar gevoel. Probeer daarna bij uzelf na te gaan waarom die persoon het zo gevoeld zou kunnen hebben, en wat diens opmerking met u doet.
- De angst om opnieuw uitgesloten of gediscrimineerd te worden kan leiden tot verhoogde stress. Het gevolg is minder vertrouwen in zorgverleners en daardoor mijden van zorg. Vraag, bijvoorbeeld in een kennismakingsgesprek, daarom naar ervaringen met discriminatie. Zo krijg u inzicht in wat iemand op dit gebied eerder heeft meegemaakt en welke invloed deze ervaringen hebben op een persoon.
- Discriminatie bestaat niet alleen in het contact tussen mensen, maar kan ook ontstaan in beleid of richtlijnen. Deze onbedoelde uitsluiting is vaak niet zichtbaar voor mensen die er zelf niet door gediscrimineerd of uitgesloten worden. Ga daarom na of de procedures, visie, materialen in uw praktijk voor iedereen hetzelfde uitpakken. Bespreek wat je tegenkomt ook met collega's. Het is goed om af en toe stil te staan bij de werkwijzen en gewoonten die vaak automatisch worden toegepast.

7.3 Achtergrond en tips voor verdieping

- Hosper K, Loenen T van, Venderbos J. Discriminatie en gezondheid. Utrecht: Pharos; 2022. www.pharos.nl/kennisbank/onderzoek-discriminatie-gezondheid/
- www.pharos.nl/kennisbank/onderzoek-ervaringsverhalen-discriminatie-in-de-zorg/
- CODING: collectief voor diversiteit en inclusie in de gezondheidszorg: www.linkedin.com/company/coding-collectief/
- www.movisie.nl/discriminatie voor informatie en publicaties over (voorkomen en bestrijden van) discriminatie
- Suzanna Jansen. Het Pauperparadijs. Een familiegeschiedenis. Uitgeverij Balans; herziene editie 2018.
- Anousha Nzume. Hallo witte mensen. Amsterdam University press. 2017
- Colson Whitehead. De ondergrondse spoorweg. Uitg. Atlas Contact 2018. Een deels fictieel boek over racisme in 19e eeuw Amerika.
- Harper Lee. Spaar de spotvogel. De Bezige Bij, 3e druk 2015. Beroemd boek over alledaags racisme in de VS halverwege de 20e eeuw.

Referenties

1. Andriessen I, Hoegen Dijkhof J, Torre A van der, et al. *Ervaren discriminatie II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020 (SCP-publicatie 2020-5).
2. Atewologun D. Intersectionality theory and practice. In: *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*; 2018. DOI: 10.1093/acrefore/9780190224851.013.48.
3. Hanssens LG, Detollenaere JD, Van Pottelberge A, et al. Perceived discrimination in primary healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPE study. *Health & social care in the community* 2017;25(2):641-51.
4. Moppes NM van, Schleypen H, Fichtner C, et al. Onderzoek naar ethnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig. *Huisarts Wet.* 2019;63. DOI:10.1007/s12445-019-0392-4.5.
5. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1504-10.
6. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, et al. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Soc Sci Med.* 2018;199:219-29.
7. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American journal of public health* 2015;105(12):e60-e76.
8. Hagiwara N, Elston Latafa J, Mezuk B, et al. Detecting implicit racial bias in provider communication behaviors to reduce disparities in healthcare: Challenges, solution, and future directions for provider communication training. *PEC.* 2019;102:1738-43
9. The Lancet edit. Medicine and medical science: Black lives must matter more. *The Lancet* June 13 2020;395:1813.
10. Edgoose JY, Quiogue M, Sidhar K. How to identify, understand, and unlearn implicit bias in patient care. *Family practice management* 2019;26(4):29-33.
11. Nhass H, Poerwoatmodjo J. Wanneer de patiënt niet op z'n best is. S. Kennisplatform Integratie en Samenleving KIS; 2021.
12. Peters IA, Heetkamp KM, Ursem NT, 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. *Maternal and child health journal* 2018;22(3):343-54.
13. Baars JE, Dulmen AM van, Velthuis ME, et al. Migrant breast cancer patients and their participation in genetic counseling: results from a registry-based study. *Familial Cancer* 2016;15(2):163-71.
14. Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics* 2017;18:19.
15. Narayan MC. CE: addressing implicit bias in nursing: a review. *The American Journal of Nursing (AJN)* 2019;119(7):36-43.
16. Schinkel S, Schouten BC, Kerpclik F, et al. Perceptions of barriers to patient participation: are they due to language, culture, or discrimination? *Health communication* 2019;4(12):1469-81.
17. Hagiwara N, Slatcher RB, Eggly S, et al. Physician racial bias and word use during racially discordant medical interactions. *Health communication* 2017;32(4):401-8.
18. Schinkel S, Schouten BC, Weert JC van. Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients. *Patient Education and Counseling* 2013;90(2):261-7.
19. Harmsen J, Bernsen R, Bruijnzeels M, et al. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling* 2008;72(1):155-62.
20. Ghoshal M, Shapiro H, Todd K, et al. Chronic noncancer pain management and systemic racism: time to move toward equal care standards. *Journal of Pain Research* 2020;13:2825.
21. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, et al. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2020;117(35):21194-200.
22. Wekker G. *White innocence: Paradoxes of colonialism and race*. Durham: Duke University Press; 2016.
23. Muijsenbergh METC van den, Quarsie J, Burgers JS, et al. Onderscheid naar etnische afkomst. Hoe doen we dat in de gezondheidszorg? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2021;165:D5445.
24. O'Donnell P, Moran L, Geelen S, et al. 'There is people like us and there is people like them, and we are not like them.' Understating social exclusion – a qualitative study. *PLOS ONE* 2021;16(6):e0253575 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253575>).
25. Hicken MT, Lee H, Morenoff J, et al. Racial/ethnic disparities in hypertension prevalence: reconsidering the role of chronic stress. *Am J Public Health* 2014;104:117-23.

26. Lockwood KG, Marsland AL, Matthews KA, et al. Perceived discrimination and cardiovascular health disparities: a multisystem review and health neuroscience perspective. *Ann NY Acad Sci.* 2018;1428:170-207.