

Discriminatie in de zorg: een ongemakkelijke

door Helena Wiersma

Discriminatie op basis van etnische afkomst komt overal in de samenleving voor. Maar niet in de gezondheidszorg, is de automatische gedachte. Immers artsen hebben een eed afgelegd, zorgprofessionals zijn getraind en intrinsiek gemotiveerd om iedereen die zorg nodig heeft te helpen.

De ongemakkelijke waarheid is dat discriminatie ook in de gezondheidszorg voorkomt. Dit zorgt ervoor dat niet iedereen dezelfde kans heeft op een goede gezondheid. We interviewden de onderzoekers, Roshnie Kolste en Tessa van Loenen van Pharos, landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen. Zij verzamelden wetenschappelijke inzichten en tekenden ervaringsverhalen op over discriminatie in de zorg. Afgelopen maart verschenen beide rapporten.

Hoe discriminatie eruit ziet

Zorgprofessionals die langzamer gaan praten en verkleinwoorden gebruiken bij een patiënt met een hoofddoek. Artsen die niet alle behandelopties voorleggen vanuit de aanname dat patiënten die de Nederlandse taal niet helemaal beheersen het toch niet helemaal zullen begrijpen. Maar ook mensen met een Aziatische achtergrond waarvan bekend is dat ze een verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben, maar die niet een hierop afgestemde behandeling ontvangen. Brandwonden en doorligwonden die op een donkere huid niet rood kleuren, waardoor zorgverleners de behandeling ten onrechte staken of aanpassen. Zwangere vrouwen met een migratie-achtergrond die minder informatie en begeleiding krijgen bij prenatale screening. Migrantenvrouwen met borstkanker die minder vaak worden doorverwezen. De werking van medicijnen voor bijvoorbeeld hoge bloeddruk die voor mensen uit de Sub-Sahara anders uitpakt, maar verder onderzoek hierover ontbreekt. Zo manifesteert zich discriminatie in de zorg, sommen onderzoekers Van Loenen en Kolste op.

Gezondheidsschade

De intenties van zorgverleners zijn meestal goed maar hun handelen kan onbewust en onbedoeld grote gevolgen hebben voor de gezondheid van sommige groepen patiënten. Uit onderzoek is bekend dat lang leven met stress ziek maakt. Discriminatie zorgt voor aantoonbare chronische stress wat weer impact heeft op lichaam en geest. Er zijn voorbeelden van zorggebruikers met een migratie-achtergrond die zich anders gaan gedragen om te voorkomen dat ze als aandachttrekker gezien worden of die zelfs zorg gaan mijden om te voorkomen dat ze opnieuw een negatieve stressvolle ervaring hebben. Of van mensen die niet de voor hen beste behandelkeuze kunnen maken omdat ze onvolledig geïnformeerd zijn. Ook ontvangen mensen niet de juiste diagnose en krijgen ze geen behandeling omdat de richtlijnen niet zijn afgestemd op hun etnische achtergrond door het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek onder bepaalde bevolkingsgroepen.

Discriminatie is ongerechtvaardigde ongelijke behandeling op basis van fysieke kenmerken of sociale groep waartoe mensen behoren.

Impliciete discriminatie

Individuele en expliciete discriminatie krijgen meer aandacht omdat deze zichtbaarder zijn. Daarentegen zijn het de vooroordelen op basis van stereotypering, de impliciete discriminatie, waar we ons onvoldoende bewust van zijn, maar die wel invloed hebben op ons begrip, onze handelingen en onze beslissingen. Ook al is het niet zo bedoeld, de

Impliciete discriminatie door subtiele ogenschijnlijk onschuldige verbale opmerkingen of non-verbale gedragingen

impact is groot. Het betreft subtiele, ogenschijnlijk onschuldige verbale opmerkingen of non-verbale gedragingen (micro-agressie) die als beledigend en denigrerend worden ervaren. Dit manifesteert zich ook in onjuiste verwachtingen en aannames van artsen zoals minder therapietrouw of het minder investeren in de zorgrelatie of vragen naar de geschiedenis van de patiënt, wat leidt tot mindere kwaliteit van zorg.

Discriminatie bestaat niet alleen in het contact tussen mensen, het komt ook voort uit beleid en richtlijnen. Dit is institutionele discriminatie: discriminatie en uitsluiting verweven in het beleid, de procedures en de cultuur van een organisatie. Maar ook de richtlijnen, protocollen en standaarden waar artsen de diagnose en behandeling op baseren, zorgen voor verschillen in gezondheid doordat deze gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek waar mensen met een andere etnische achtergrond niet in meegenomen worden. Veel wetenschappelijke kennis is gebaseerd op onderzoek onder witte mannen, aldus de onderzoekers. 'Door ondervertegenwoordiging van mensen met een andere etnische achtergrond is te weinig bekend over genetische diversiteit in het ontstaan van ziekten.'

Collectieve blinde vlek

Het ontbreken van een visie en beleid op discriminatie maakt dat zorgprofessionals zich minder snel zullen uitspreken. Er is sprake van 'collectieve blinde vlekken ten aanzien van discriminatie' zoals de onderzoekers het noemen. Patiënten voelen

daardoor niet de veiligheid om hun ervaringen rond discriminatie te delen. 'Witte mensen ervaren veel minder discriminatie dus begrijpen het veel minder, herkennen het niet, denken dat het niet voorkomt en blokkeren daarmee onbedoeld het gesprek erover. Het gevoel dat discriminatie sporadisch voorkomt staat het bespreekbaar maken in de weg!'

Mensen die gediscrimineerd worden trekken lang niet altijd aan de bel. Het bespreekbaar maken van discriminatie is enorm lastig. Gêne, ongeloof, de afhankelijkheidsrelatie arts-patiënt spelen allemaal een rol. Van Loenen: 'Het is ook de opeenstapeling van ervaringen met discriminatie ten aanzien van huisvesting, onderwijs en arbeidsmarkt die iemand stress bezorgt. Iemand komt naar het spreekuur met al een hele geschiedenis achter zich. Iets wat je als zorgverlener niet weet of ziet. Een losse, op het oog onschuldige opmerking die als discriminerend kan worden ervaren, heeft dan al een veel grotere impact.' Ook voor zorgverleners onderling is het lastig om het aan te kaarten. Zij zitten op hun beurt in een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van hun leidinggevende of voelen loyaliteit naar collega's. Vaak ontbreekt een duidelijke werkwijze.

Herkennen van vooroordelen

Hoe kun je iets wat onbewust gebeurt en vast verankerd lijkt in onze samenleving aanpakken? Van Loenen en Kolste: 'Het begint bij sensitief worden, het herkennen van de vooroordelen bij jezelf. En bij eigenaarschap, bij verantwoordelijkheid nemen. Vaak is er al een ongemakkelijk gevoel bij een

bepaalde situatie. Ga in gesprek, vraag je collega ernaar, benoem het bij de patiënt. Veel mensen twijfelen of iets discriminatie is. Stel daarom concrete vragen zoals “Voel je je niet serieus genomen en denk je dat dit door je uiterlijk komt?” Of “Heb je het idee dat iemand je niet mag, en waaraan ligt dat?” Of “Heb je met vooroordelen te maken gehad?” Het is ook goed om je te realiseren dat niemand onbevooroordeeld de zorg in gaat. Begrijpen hoe discriminatie werkt en wat de impact is op de gezondheid van mensen zorgt voor bewustwording en erkenning.’

Veilig voelen

Op institutioneel niveau kun je verschillende dingen doen. Mensen moeten zich veilig voelen om ervaringen te delen. Dit geldt voor patiënten om discriminatie aan te kaarten en voor zorgprofessionals om elkaar aan te spreken op hun vooroordelen en discriminerende handelingen. Daarom is het van belang om het een plek te geven in de missie en visie van de zorgorganisatie en te zorgen dat

leidinggevenden het vervolgens actief uitdragen, aldus de onderzoekers. ‘Het systeem, het beleid moet bijdragen aan de erkenning dat discriminatie plaatsvindt, ook onder zorgprofessionals die met hart en ziel hun werk doen. En vervolgens moet het een stimulerende werking hebben op het voeren van het gesprek.’

Rol cliëntenraden

Cliëntenraden kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van beleid, denken de onderzoekers. ‘Zij kunnen ervaringen ophalen bij hun achterban en vervolgens het gesprek hierover aangaan. Het is belangrijk dat cliëntenraden opkomen voor de belangen van patiënten omdat die vaak aarzen om discriminatie aan te kaarten. Ze zijn vaak te ziek om een melding te doen. Of de afhankelijkheidsrelatie tot hun arts zit in de weg. Belangrijk is dat als een patiënt het ervaart als discriminatie, je het serieus moet nemen en samen gaat kijken wat er speelt en hoe het op te lossen. Of het nu wel of niet zo bedoeld is.’ Patiënten en cliënten die te



maken hebben (gehad) met discriminatie in de zorg krijgen vaak te horen dat een opmerking of bejegening vast niet discriminerend bedoeld was. De intentie van de zorgprofessional en de impact op patiënt of cliënt worden daarmee vaak gelijkgesteld aan elkaar. Terwijl het voor de gevolgen ervan voor een patiënt niet uitmaakt of de discriminatie bedoeld of onbedoeld was. Dat besef is belangrijk en het is goed om je te realiseren dat het veel moed kost om discriminatie te melden of bespreekbaar te maken.

Tips voor aanpak discriminatie in een organisatie:

- Aandacht besteden aan discriminatie in opleidingen.
- Visie en leiderschap bij bestuur en management helpt het bespreekbaar te maken, maakt mensen sensitiever voor discriminatie.
- Diversiteit in het personeelsbestand. Dit biedt meerdere perspectieven op aandoeningen en behandeling, helpt vooroordelen beter te herkennen, vergroot empathie dankzij meer kennis over mensen met een andere ethnische achtergrond.
- Aanbieden van trainingen aan zorgverleners die vooroordelen kunnen omdraaien en de sociale norm aanpakken.
- Meer persoonsgericht en cultuursensitief werken.
- Aanstellen van een aandachts- of diversiteitsfunctionaris.
- Inzetten op inclusief wetenschappelijk onderzoek waar ook mensen met diverse ethnische achtergronden bij betrokken worden.
- Goede meldingsprocedures en bekendheid geven aan vertrouwenspersonen.
- Beter toegankelijk maken van methodes van dataverzameling voor elke patiënt.

Het goede nieuws is dat vooroordelen teruggedraaid kunnen worden, weten de onderzoekers. 'Vooroordelen zijn te veranderen. Het lerend vermogen kan geprikkeld worden door beleid en communicatie te richten op de gevolgen voor patiënt en zorgprofessionals en niet alleen op de intenties. En door de focus te leggen op succesverhalen; dat werkt beter dan negatieve voorbeelden van discriminatie. Gelukkig komt iedere patiënt wel iemand tegen die sensitief is als het gaat om vooroordelen en uitsluiting; iemand die het verschil maakt. Dat zijn de helden in de zorg.'

Werk maken van inclusie en diversiteit

Verskillende ziekenhuizen en huisartsenpraktijken gebruiken de termen 'inclusie' en 'diversiteit'. De onderzoekers geven aan dat deze termen een mooie ingang vormen om het gesprek over discriminatie op te starten. 'Het is de balans vinden tussen een boodschap die niet afschrikt maar die tegelijkertijd helder stelt wat er speelt. Iedereen heeft recht op goede en gelijke zorg. De verantwoordelijkheid om discriminatie en (on)bewuste uitsluiting tegen te gaan ligt bij ons allemaal,' stellen de onderzoekers. 'Als je geen werk maakt van inclusie en diversiteit, werk je discriminatie in de hand.'

Van Loenen en Kolste: 'Dankzij de rapporten hebben we een groep mensen een stem gegeven. Mensen gaven ook aan dat ze voor de eerste keer hun verhaal hebben gedaan; het was een vorm van heling. Nu is het zaak om breder onderzoek uit te voeren naar discriminatie onder groepen mensen en ook handelingsperspectieven op een rij te zetten voor zorgorganisaties. De Nationaal Coördinator Discriminatie en Racisme gaat in ieder geval met onze rapporten aan de slag.'

De beide rapporten zijn te downloaden op www.pharos.nl