

Raciale ongelijkheden in de medische wereld

Beste studenten in de zorg,
Beste docenten in de zorg,
Beste leden van de onderwijscommissies in de zorg,

Mijn naam is Lidvine Ngonseu Harpi. Ik zit in mijn laatste jaar geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen en ben bestuurslid van AfroMedica, een organisatie die diversiteit in de gezondheidszorg promoot. In de afgelopen 5 jaar van mijn opleiding heb ik me vragen gesteld bij bepaalde onderwerpen die in onze lessen aan bod kwamen. Ik had het gevoel dat er iets niet helemaal klopte, maar kon niet precies benoemen wat. Tijdens de zomer van 2022, kreeg ik de kans om bij het Instituut voor Tropische Geneeskunde te werken bij het RECoRD-onderzoeksteam (Race and Ethnic Conscious Research and Data), gefinancierd door de Population Data Science Hub at the Department of Public Health. Deze studentenjob opende mijn ogen door me te confronteren met racisme in de gezondheidszorg. Het stelde me in staat de juiste woorden te vinden voor het vreemde gevoel dat ik had. Met deze brief wil ik de informatie die ik de afgelopen maanden heb opgedaan met jullie delen, jullie bewust maken van raciale ongelijkheden in de medische wereld, vooral hier in België, en jullie ten slotte uitnodigen om kritisch na te denken over racisme in de gezondheidszorg. Want ik geloof dat kritisch denken de eerste stap is naar zeer noodzakelijke structurele verandering.

Definities

Bij het bespreken van belangrijke thema's is het essentieel dat we elkaar goed begrijpen. Daarom vind ik het nodig om termen zoals ras, racisme, geracialiseerde (minderheids)groepen, op ras gebaseerde en 'ras'-bewuste benaderingen kort toe te lichten alvorens verder te gaan. Je vindt onderstaande definities ook in de uitgebreide begrippenlijst van het [RECoRD Review Protocol](#).

Ras verwijst volgens het [Canadian Institute for Health Information \(CIHI\)](#) naar sociaal en politiek geconstrueerde verschillen tussen mensen op basis van willekeurige eigenschappen. Voorbeelden hiervan zijn huidskleur, fysieke kenmerken, accent of manier van spreken, naam, kleding, dieet, overtuiging en traditie, vrijetijdsinvulling en herkomst. Hoewel de wetenschap sterk betrokken was (en is) bij de ontwikkeling van ras en van raciale categorieën, bestaat er geen wetenschappelijk onderbouwde biologische basis voor raciale categorieën. Samenlevingen beschouwen rassen echter als 'echt', wat ongelijke gevolgen met zich meebrengt op economisch, politiek, sociaal en cultureel vlak.

Om in deze brief aan te geven dat ik het niet heb over ras als een biologische, maar als een sociale en politieke constructie, zal ik ras voortaan tussen aanhalingstekens plaatsen. Zo wil ik duidelijk maken dat 'rassen' alleen maar bestaan omdat ze in de loop van de geschiedenis door mensen zijn gemaakt. (meer informatie over de geschiedenis van 'ras' vind je verderop in deze brief).

De *American Society for Human Genetics* heeft verschillende [standpunten ingenomen over 'ras'](#). Na vele decennia van (genetisch) onderzoek staat bijvoorbeeld vast dat mensen niet kunnen worden onderverdeeld in biologisch verschillende subcategorieën. De meeste genetische variatie onder mensen is verdeeld volgens een gradiënt. Zo kunnen we geen duidelijke grenzen tussen bevolkingsgroepen trekken. In werkelijkheid zien we dat verschillende populaties genetisch sterk overlappen. Eneanya et al. [verwoorden dit duidelijk: "Populatiestudies](#) tonen slechts kleine genetische verschillen tussen rassen aan, terwijl ze een grotere variatie laten zien tussen individuen van hetzelfde ras." Meer informatie over hoe moderne genetica het idee van 'ras' hervormt, vind je [hier](#).

Aangezien er geen wetenschappelijk bewijs is voor biologische rassen, is ['ras' een slecht substituut voor erfelijkheid of afstamming](#), aangezien deze indicatoren zijn voor genetische verwantschap en iets vertellen over individuele genetische kenmerken.

Racisme is het geheel van georganiseerde systemen die in een samenleving voorkombare en oneerlijke ongelijkheden veroorzaken voor geracialiseerde minderheidsgroepen op vlak van macht, middelen, capaciteiten en kansen. [Paradies en zijn onderzoeksteam](#) verduidelijken het als volgt: "Racisme kan zich uiten in de vorm van overtuigingen, stereotypen, vooroordelen of discriminatie. Dit omvat alles van openlijke bedreigingen en beledigingen tot zaken die diep verankerd zijn in maatschappelijke systemen en structuren. Racisme kan op verschillende niveaus tot uiting komen. Zo kan racisme geïnternaliseerd (het opnemen van racistische houdingen, overtuigingen of ideologieën in je eigen wereldbeeld), interpersoonlijk (interacties tussen individuen) en systemisch, structureel en institutioneel zijn (bijvoorbeeld de racistische controle over arbeid en materiële en symbolische middelen binnen een samenleving)".

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, gebeurt racisme doorgaans op subtiele manieren. Ik zou zelfs durven stellen dat expliciete en bewuste vormen van racisme vandaag in België een minderheid zijn. Discriminatie op basis van onbewuste vooroordelen komt daarentegen nog vaak voor. Iedereen heeft vooroordelen en we plaatsen elkaar allemaal in hokjes. (Geloof je me niet? Dan daag ik je uit een [impliciete associatietest](#) af te leggen.) Deze patronen in ons denken helpen ons om situaties snel in te schatten. Er is op zich niets mis met deze vooroordelen, zolang we ons er maar bewust van zijn. Wanneer men echter ook onbewust naar deze vooroordelen handelt, kan dit leiden tot discriminatie. [UNIA](#) definieert discriminatie als het ongelijk of oneerlijk behandelen van een ander op basis van hun persoonlijke kenmerken.

Universiteiten en hogescholen zijn invloedrijke instellingen waar onder meer de zorgverleners van morgen worden gevormd. Daarom moet het hoger onderwijs gevoelig zijn voor de hedendaagse debatten over de racistische grondslagen van de geneeskunde en de wetenschap. Dit betekent een verschuiving van een benadering die foutief gebaseerd is op biologisch ras, naar één die bewust rekening houdt met 'ras' als sociaal en politiek construct.

Een op ras gebaseerde benadering van gezondheidszorg vertrekt vanuit een biologische essentialistische opvatting van ras, die stelt dat iedereen die tot eenzelfde raciale categorie behoort gedefinieerde gemeenschappelijke fysieke of genetische kenmerken, of een specifieke biologische essentie heeft. Door deze aanname worden de leden van de groep door zowel henzelf als anderen niet gezien als individuen met persoonlijke eigenschappen,

maar eerder als prototypes van het collectieve ras, met identieke eigenschappen en kenmerken. Dit leidt tot stereotypering, essentialisering, fixering en homogenisering.

Een 'ras'-bewuste benadering van gezondheidszorg focust zich op raciale discriminatie en racisme als centrale thema's, in tegenstelling tot de op 'ras' gebaseerde benadering. Cerdeña, Plaisime en Tsai introduceerden 'ras'-bewuste geneeskunde als een alternatieve benadering, die de nadruk legt op racisme in plaats van op biologisch ras als een belangrijke bepalende factor van ziekte en gezondheid, en zorgverleners aanmoedigt zich alleen toe te leggen op de meest relevante data, om zo gezondheidsongelijkheden aan te pakken".

Meer informatie over op ras gebaseerde versus 'ras'-bewuste benaderingen in de geneeskunde vind je [hier](#).

Geracialiseerde (minderheids)groepen verwijst naar groepen die onderhevig zijn aan een proces van racialisering en daarbovenop gemarginaliseerd zijn op basis van verschillende kenmerken zoals huidskleur, migratiestatus, nationaliteit, religie, cultuur, taal of geografische locatie. om te benadrukken dat racialisering een proces is dat men ondergaat, gebruiken sommige auteurs ook de term "raciaal geminderden" (racially minoritised) ([Milner & Jumbe](#)) of "gemarginaliseerde raciale groepen" ([Barber](#)).

De impact van racisme

"**Racisme is slecht voor de gezondheid**". Deze gewaagde uitspraak kan geïnterpreteerd worden als kortzichtig, maar ik stel vast dat racisme een impact heeft op de kwaliteit van iemands gezondheid via 3 verschillende processen.

Ten eerste hebben mensen uit geracialiseerde groepen over het algemeen een slechtere gezondheid door hun sociaal-economische situatie. Racisme is structureel, wat wilt zeggen dat het voorkomt in alle lagen van de samenleving en in verschillende sectoren, zoals de arbeidsmarkt, de woningmarkt en het onderwijs. Mensen die tot een geracialiseerde minderheid behoren, worden per definitie gediscrimineerd. Dit leidt tot ongelijke kansen en een ongelijke toegang tot middelen (zoals een lager inkomen en opleidingsniveau, hogere kosten voor een woning van mindere kwaliteit). [Racialisering zorgt dus voor een minder goede sociaal-economische situatie](#). Een minder goede sociaal-economische situatie hangt vaak samen met verschillende ongezonde factoren, zoals meer blootstelling aan gezondheidsrisico's op het werk of thuis, goedkoper - vaak ongezond - voedsel, en minder gunstige sociale connecties. [Mensen in een lagere sociaal-economische situatie hebben dus over het algemeen een slechtere gezondheid](#). Type 2 diabetes komt [bijvoorbeeld](#) vaker voor bij Belgen van Turkse en Marokkaanse origine dan bij personen van Belgische afkomst. Dit verschil is volgens onderzoekers onder andere te verklaren door een lager opleidingsniveau binnen deze etnische minderheidsgroepen.

Ten tweede kunnen alle vormen van discriminatie, zelfs de anticipatie op discriminatie, leiden tot [fysiologische en psychologische consequenties](#). Eerst en vooral kan geweld op basis van racistische motieven leiden tot [lichamelijk letsels](#). Ten tweede kunnen alle vormen van racisme, die opgesomd worden in de lijst met definities, psychologische stress

veroorzaken. Deze stress kan op zijn beurt nefast zijn voor iemands geestelijke en lichamelijke gezondheid. Uit [onderzoek](#) blijkt namelijk dat stress niet enkel kan leiden tot angst en depressie, maar ook tot hart- en vaatziekten. Ten derde kan stress ook leiden tot ongezonde copingmechanismen en de capaciteit tot zelfregulering ondermijnen. [Beide werken op hun beurt ongezonde gewoonten](#) zoals roken en alcoholmisbruik in de hand.

Tot slot leiden bewuste en onbewuste vooroordelen van zorgpersoneel tijdens diagnosestelling en/of behandeling tot slechtere uitkomsten voor geracialiseerde patiënten. [Onderzoekers in de VS](#) tonen aan dat het neonatale sterfterisico bij zwarte kinderen 2 keer zo hoog is als bij witte kinderen. [Het risico dat een zwart kind sterft, wordt echter gehalveerd als de arts ook zwart is.](#) Dit illustreert het effect van onbewuste vooroordelen op gezondheidsresultaten. Helaas bestaan zo'n onbewuste vooroordelen ook bij ons. [Dit artikel](#) gaat bijvoorbeeld over de bias van Belgische huisartsen. De studie toont aan dat hun vooroordelen de oorzaak zijn van verschillen in gezondheidsuitkomsten bij patiënten met een depressie.

Ik illustreer deze ongelijke uitkomsten graag aan de hand van de COVID-19-pandemie. In een [Belgische studie](#) werden tijdens de eerste golf van de pandemie belangrijke verschillen in mortaliteit vastgesteld. **In het algemeen waren mannen met een migratieachtergrond oververtegenwoordigd in de sterftcijfers in vergelijking met Belgen zonder migratieachtergrond.** Verschillende studies (zie: [The Color of COVID-19](#) en [The Racialized Pandemic](#)) hebben aangetoond dat geracialiseerde minderheden systematisch een groter risico lopen om aan het COVID-19-virus te worden blootgesteld. Een reden hiervoor is onder meer hun lagere sociaal-economische situatie, die zich vertaalt in jobs waarbij thuiswerken niet mogelijk is, het frequent gebruik van openbaar vervoer en samenleven met meer mensen in kleinere woningen. Mensen die tot deze groepen behoren hebben om bovengenoemde redenen vaker een slechtere algemene gezondheid. Omdat ze meer lijden aan comorbiditeiten zoals diabetes en hart- en vaatziekten, hebben ze vóór een besmetting met COVID-19 vaak al een slechtere prognose. Met deze prognose wordt rekening gehouden tijdens de triage, wanneer er [bijvoorbeeld](#) onvoldoende ventilatoren beschikbaar zijn. Patiënten met minder comorbiditeiten, die dus een grotere overlevingskans hebben, krijgen in die situaties voorrang. Zover is het hier in België gelukkig nooit gekomen. Dit zou de bestaande ongelijkheden verder versterken en het reeds hogere sterftcijfer van COVID-19-infecties bij geracialiseerde minderheden verder doen toenemen.

Bovendien wordt bij gehospitaliseerde COVID-19-patiënten vaak een saturatiemeter gebruikt om het zuurstofgehalte in hun bloed te meten. Een saturatiemeter is een apparaat dat ter hoogte van de vingertop wordt geplaatst en werkt door lichtsignalen uit te zenden en weer op te vangen, nadat ze door de vinger zijn gepasseerd. **Uit [onderzoek](#) blijkt dat dit apparaat het zuurstofgehalte van patiënten met een donkere huidskleur overschat.** Dit kan belangrijke gevolgen hebben voor COVID-19-patiënten bij wie een laag-normale zuurstofsaturatie wordt gemeten. Het bewijs voor deze onnauwkeurigheid op basis van huidskleur bleek al uit [onderzoek dat in 2005 werd gepubliceerd](#). Zijn saturatiemeters tegenwoordig gekalibreerd voor verschillende huidskleuren? En zo niet, zijn artsen zich bewust van de vertekende zuurstofwaarden op de meters?

In de voorgaande alinea's heb ik duidelijk gemaakt hoe racisme bijdraagt tot ongelijke gezondheidsuitkomsten. Als het gaat om gezondheid, is overleving volgens mij de

belangrijkste uitkomst. Daarom wil ik benadrukken dat **de levensverwachting van geracialiseerde groepen over het algemeen lager is**, zelfs wanneer er rekening gehouden wordt met sociaal-economische omstandigheden. Aangezien er geen inherente biologische verschillen zijn tussen mensen van verschillende 'rassen' (zie hierboven), blijft racisme over als een belangrijke verklaring van deze hogere mortaliteit. Meer diepgaande informatie vind je [hier](#).

Naast racisme zijn er nog andere factoren die een rol spelen bij gezondheidsongelijkheden. **Het is cruciaal om het begrip intersectionaliteit niet uit het oog te verliezen.** Iedereen bevindt zich op een uniek kruispunt van verschillende sociale assen. Deze omvatten onder meer leeftijd, gender, religie, etniciteit en sociaal-politiek 'ras'. Deze individuele kenmerken zijn niet enkel beschrijvend, maar hebben een invloed op iemands ervaringen en kansen in het leven. Zo kunnen 2 mensen die zich als vrouw identificeren dezelfde situatie totaal verschillend ervaren omdat hun 'ras', sociaal-economische toestand en/of leeftijd anders is. Verschillende nadelige posities versterken elkaar. Daarom is het belangrijk om groepen niet te homogeniseren wanneer het over sociale problemen gaat. Personen die tot dezelfde geracialiseerde minderheid behoren, zullen sommige gelijkaardige ervaringen hebben als het gaat om gezondheidszorg, maar binnen deze groep zullen bepaalde individuen zich in een slechtere positie bevinden dan anderen. Daarom is het belangrijk om leden van geracialiseerde minderheidsgroepen te zien als individuen en niet als vertegenwoordigers van een hele groep mensen.

Historische context

'Rassen' zijn een gevolg van racisme en niet andersom. (Lees dat nog eens!) Het gebruiken van biologische definities van ras, die dus niet verwijzen naar de sociale aard van racialisatie, is racistisch. Laten we even teruggaan naar de 17e eeuw om deze uitspraak te begrijpen. In die tijd werden door West-Europeanen 'rassen' ingesteld als een hiërarchisch classificatiesysteem van mensen om slavernij en de invasie, kolonisatie en uitbuiting van Amerika, Afrika, Oceanië en Azië te rechtvaardigen. De superioriteit van het witte 'ras' werd eerst verklaard vanuit theologische ideologieën: De christelijke kerk verspreidde het idee dat God verschillende rassen schiep. Witte mensen zouden naar Gods beeld zijn geschapen, terwijl andere rassen hiervan afgeleid en dus minderwaardig zouden zijn. Later, tijdens de Verlichting, gebruikte men pseudo-wetenschappelijk bewijs om de hiërarchie tussen verschillende biologische rassen aan te tonen. De 'inferioriteit van het zwarte ras' werd op verschillende manieren 'bewezen'. Men geloofde bijvoorbeeld dat zwarte mensen een kleinere schedelomtrek hadden, waardoor ze minder intelligent zouden zijn. Meer informatie over de geschiedenis van 'ras' vind je [hier](#) en [hier](#).

Het idee van de inferioriteit van zwarte mensen werd verder versterkt door invloedrijke denkers uit de Verlichting, zoals Thomas Jefferson. In 1787 schreef hij bijvoorbeeld dat [dwangarbeid goed was voor zwarte mensen](#), omdat onderzoek zou hebben aangetoond dat zij van nature een inferieure longfunctie zouden hebben. Later, in de 19e en 20e eeuw, werd in onderzoek doorgaans aangenomen dat er biologisch inherente redenen waren voor deze verschillen in longfunctie. Studies uit deze periode hielden echter zelden of nooit rekening met de invloeden van schadelijke omgevingsfactoren, lichamelijke activiteit en sociaal-economische

omstandigheden waarin zwarte mensen leven. Een zorgwekkend gebrek, aangezien deze wetenschappelijke publicaties tot op de dag van vandaag zeer invloedrijk blijven. Zo [worden correcties op basis van ras nog steeds toegepast bij het gebruik van spirometrie](#), een apparaat om de longfunctie te meten.

In de 19e eeuw werden experimenten uitgevoerd op slaven zonder dat zij hiervoor hun toestemming gaven. In die tijd was er de algemene overtuiging dat zwarte mensen minder pijn zouden voelen, omdat ze een dikkere huid en minder gevoelige zenuwuiteinden zouden hebben. Het was de normaalste zaak van de wereld dat 'de vader van de moderne gynaecologie', dr. J. Marion Sims [gynaecologische ingrepen zonder verdoving uitvoerde op tot slaaf gemaakte vrouwen](#). Hij wilde namelijk zijn techniek voor vesico-vaginale fistelchirurgie optimaliseren. Tot op de dag van vandaag krijgen mensen van kleur onvoldoende pijnbehandeling, vanwege [verkeerde opvattingen over pijngevoeligheid](#). [Hier](#) vind je meer informatie over Belgisch onderzoek naar raciale verschillen in de aandacht en de inschatting die waarnemers hebben voor andermans pijn.

Correcties voor longfunctietests op basis van ras, en valse opvattingen over pijngevoeligheid zijn slechts 2 van de [vele vormen van racialisering in de geneeskunde](#). De gevolgen van eeuwen van racisme en een op biologisch ras gebaseerde aanpak in de gezondheidszorg zijn [talrijk](#). Nog steeds wordt 'ras' bijvoorbeeld verkeerd gebruikt: als een biologische essentie in plaats van een sociale en politieke constructie. Zo wordt iemands biologische ras nog te vaak gezien als een determinant van diens gezondheid. Bovendien wordt ras nog regelmatig gebruikt in epidemiologische data, en in diagnostiek en behandeling, zonder wetenschappelijk gegronde reden. Overigens wordt de term 'ras' doorgaans gebruikt zonder duidelijke definitie of zonder dat de relevantie ervan wordt geduwd. Dit is problematisch, omdat het gebruik van (biologisch) ras in de verkeerde context racistisch is.

Huidige situatie

Racisme is een onderwerp dat de laatste tijd veel aandacht krijgt in de medische wereld. Om dit te illustreren neem ik een aantal interessante evoluties van de laatste jaren onder de loep.

Ten eerste is er [recent onderzoek naar spirometrische resultaten](#) dat rekening houdt met sociaal-economische factoren. Deze studies tonen aan dat raciale verschillen in spirometrie-uitkomsten grotendeels kunnen worden verklaard door iemands sociaal-economische omstandigheden en door omgevingsfactoren, zoals luchtverontreiniging, ontoereikende voeding, beroepsrisico's, longinfecties en andere blootstellingen. Als zorgverlener is het belangrijk om bij het gebruik van klinische instrumenten zoals spirometrie steeds vragen te stellen bij correcties op basis van 'ras': Op welke manier wordt er rekening gehouden met de diversiteit binnen gemeenschappen van kleur? Hoe passen mensen die zich als multiraciaal identificeren in één raciaal hokje? Wie heeft echt baat bij deze 'correcties'? Orgaanfuncties van patiënten die tot een bepaalde geracialiseerde groep behoren kunnen [bijvoorbeeld](#) worden overschat als gevolg van zo'n correctie op basis van ras. Hierdoor komen deze mensen lager op een transplantatielijst te staan. Is dit in het voordeel van de patiënt?

Ten tweede zouden zwarte mensen naar verhouding meer spiermassa hebben, wat zou leiden tot hogere niveaus van creatinine in het bloed, dat in de nieren wordt gefilterd. Hierdoor zou de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) van zwarte mensen zogezegd hoger liggen, waarvoor een correctie nodig zou zijn. (Meer informatie vind je [hier](#) en [hier](#).) Het gebruik van correcties op basis van ras bij de berekening van iemands eGFR wordt al geruime tijd in twijfel getrokken. In 2021 maakten de National Kidney Foundation en de American Society of Nephrology [aanbevelingen](#) om 'zwart ras' te verwijderen als een factor in de eGFR-berekening. Maar dit roept een nieuwe vraag op: Als de eGFR-standaarden gebaseerd zijn op een populatie witte mensen en dus niet op de gehele bevolking, is het dan wel juist om alleen de correctie voor zwarte mensen te schrappen? Zou het niet beter zijn om nieuwe standaarden te ontwikkelen die rekening houden met de hele bevolking?

Ten derde werd in het ontwerp van de [NICE-richtlijnen](#) voor 2021 voorgesteld om bij personen van kleur vroeger bevallingen in te leiden dan bij witte personen. De redenering hierachter was het feit dat mensen van kleur meer kans hebben op complicaties en sterfte tijdens en na de zwangerschap, dan witte mensen. Er is echter geen bewijs dat een bevalling inleiden na 39 weken in plaats van 41 weken een gunstig effect zou hebben op het hoger percentage aan complicaties en sterfte bij deze groep mensen. Integendeel, de vroegtijdige inductie van een bevalling is een procedure die zelf ook gezondheidsrisico's met zich meebrengt. In de conceptversie van deze richtlijn werd geïnsinueerd dat de oorzaak van de hogere morbiditeit en mortaliteit inherent is aan mensen van kleur. Sociale factoren die bijdragen aan ongelijkheid werden volledig genegeerd. Na [kritiek](#) werd dit voorstel, dat systemisch racisme alleen maar in de hand werkte, geschrapt.

Tot slot publiceerde het medische tijdschrift The Lancet in december 2022 [een reeks over raciale en etnische gelijkheid in wetenschap, geneeskunde en globale gezondheid](#). In deze reeks kun je wetenschappelijke publicaties vinden die duidelijk maken hoe "racisme, xenofobie en discriminatie (...) vermijdbare aandoeningen en vroegtijdige dood veroorzaken, bij groepen die vaak al achtergesteld zijn." Ik geloof dat dit een waardevolle bron is voor iedereen die betrokken is bij gezondheidszorg - als student, docent, onderzoeker of zorgverlener. Dit is de verzameling van publicaties waar we al veel te lang op hebben moeten wachten.

Praktische tips

Voordat ik concrete tips geef voor een meer 'ras'-bewuste aanpak in het zorgonderwijs, wil ik benadrukken dat het niet mijn bedoeling is om iemand met de vinger te wijzen. In plaats daarvan wil ik een hand reiken, om zo samen structurele veranderingen tot stand te brengen. Ik weet uit ervaring dat de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen al verschillende inspanningen levert, om meer inclusief te zijn en om hun curricula te verbeteren. Ik ben er zeker van dat ook andere onderwijsinstellingen hun best doen om positieve veranderingen teweeg te brengen.

Ten eerste nodig ik iedereen uit tot zelfreflectie en kritisch denken. Zowel docenten als studenten kunnen hier het goede voorbeeld geven. Als docent is het belangrijk om je te blijven bijscholen, verder te durven kijken dan je eigen vakgebied en maatschappelijke kwesties niet

uit de weg te gaan. Wij als studenten kunnen daarnaast onze stem laten horen en vragen om bepaalde onderwerpen in de les te bespreken en om verduidelijking te vragen wanneer 'ras' (of een andere proxy) ongepast wordt gebruikt. Telkens wanneer 'ras' (of een andere proxy) wordt gebruikt, stel jezelf dan de volgende vragen: 1) Wat wordt hier bedoeld met 'ras' (of een andere proxy), en 2) Waarom wordt het hier gebruikt en wat is de relevantie ervan?

Ten tweede zou een 'ras'-bewuste benadering in elk vak moeten worden toegepast. Het onderwerp discriminatie mag niet beperkt blijven tot vakken waarin les wordt gegeven over de maatschappelijke factoren van de geneeskunde, huisartsgeneeskunde of lessen rond communicatievaardigheden. Het onderwijssysteem is nog steeds op 'ras' gebaseerd wanneer bijvoorbeeld in de lessen cardiologie wordt aangeleerd dat ACE-remmers niet aan zwarte mensen mogen worden gegeven, zonder daar kritisch over na te denken of enige wetenschappelijke context te bieden. In elk vak moeten we de aangeleerde associaties tussen (biologisch) ras enerzijds en klinische bevindingen en differentiële diagnostiek anderzijds in vraag stellen.

Ten derde moet correcte terminologie worden gebruikt. Wanneer men een uitspraak doet over een bepaalde groep, gebruik dan bijvoeglijke naamwoorden in plaats van zelfstandige naamwoorden. Zeg bijvoorbeeld 'zwarte mensen' of 'zwarte patiënten', in plaats van 'zwarten'. In plaats van groepen te reduceren tot één kenmerk, erken je door bijvoeglijke naamwoorden te gebruiken dat het in de eerste plaats mensen zijn.

Ten vierde, wanneer men spreekt over genetische verschillen, spreek dan niet over iemands (biologisch) ras, maar over diens afstamming/afkomst. In de klinische praktijk is genetisch onderzoek niet altijd mogelijk. Daarom is er meer onderzoek nodig naar betere proxy's voor genetische kenmerken. Het zijn deze kenmerken die aan de basis liggen van variatie in aanleg voor bepaalde ziekten en voor reacties op bepaalde geneesmiddelen. In ieder geval: 'ras' (of het nu biologisch of sociaal-politiek is) is geen goede maat.

Ten vijfde kunnen de curricula wel wat uitbreiding gebruiken. In [deze blog](#) van The British Medical Journal staan de perfecte tips:

- "Het onderwijzen van studenten over de structurele oorzaken van racisme en ongelijkheid;
- Het herkennen en aanpakken van 1) privileges, 2) bewuste en onbewuste vooroordelen, en 3) het concept [van 'ras' als een sociale constructie zonder genetische basis](#);
- De erkenning van eugenetica en de misstanden tegen etnische minderheden en andere gemarginaliseerde groepen binnen de wetenschap en de geneeskunde in de geschiedenis van de geneeskunde;
- Het diversifiëren van klinische opleidingen en zo [klinische tekenen op donkere huidskleuren](#) op te nemen;
- Het begrijpen en aanvechten van de gezondheidseffecten van structureel racisme tot een [essentiële professionele medische competentie](#) maken, erkend binnen de domeinen van een [goede medische praktijk](#)."

Ten zesde is het belangrijk de kracht van representatie niet te onderschatten. Geracialiseerde groepen stromen weinig door naar het hoger onderwijs in de gezondheidszorg. Nog minder van hen hebben een onderwijzende functie binnen de

gezondheidszorg. De barrières van structureel racisme die deze doorstroming belemmeren, moeten worden weggewerkt, zodat het (para)medisch onderwijs en de klinische praktijk een afspiegeling worden van de samenleving.

Tot slot is meer onderzoek in de Belgische context nodig. Bij het schrijven van deze brief was het moeilijk om voldoende Belgische bronnen te vinden om mijn argumenten te ondersteunen. Studies over 'ras' in een Amerikaanse context zijn daarentegen talrijk. Bij het vertalen van een Amerikaanse studie naar een Belgische setting is het belangrijk om voorzichtig te zijn, aangezien zowel de hedendaagse context als de geschiedenis van elkaar verschillen. Maar aangezien er momenteel relatief weinig bewijs is voor raciale verschillen in gezondheid in een Belgische context, zijn we vaak genoodzaakt om de beschikbare literatuur te gebruiken.

Conclusie

Racisme is een belangrijke oorzaak van gezondheidsongelijkheden. Om deze ongelijkheden aan te pakken moeten we racisme aanpakken. We kunnen racisme alleen bestrijden als we erkennen dat mensen systematisch verschillend worden behandeld op basis van hun zogenaamd 'ras'. We moeten met andere woorden meer praten over 'ras' en de sociale en politieke implicaties hiervan. Met deze brief wil ik dit gesprek dan ook verder ondersteunen. Het is echter belangrijk dat we er niet alleen over praten. We moeten ook actie ondernemen. Ik ben ervan overtuigd dat we door samen te werken op lange termijn structurele veranderingen in ons zorgsector tot stand kunnen brengen.