



# **Verkennend onderzoek naar raciale ongelijkheid en discriminatie in de zorg (2024)**

## Inhoudstafel

<b>Raciale ongelijkheid en discriminatie belemmeren toegang tot zorg .....</b>	<b>3</b>
Schadelijke gevolgen voor patiënten .....	3
Nood aan Belgisch onderzoek .....	3
Resultaten: verschil in kwaliteit en behandeling .....	4
Invloed op toegang tot zorg .....	5
Nood aan verder onderzoek.....	6

### Disclaimer:

In deze nota gebruiken we de term 'geracialiseerde personen'. Daarmee bedoelen we iedereen die blootgesteld is aan structureel racisme in de Belgische samenleving. We kiezen voor de term 'geracialiseerd' omdat het de nadruk legt op het proces van 'racialisering' waarbij men sommige mensen een 'ras' toekent dat minderwaardig is aan het 'witte ras'. De formulering benadrukt het structurele racisme in de samenleving, dat mensen in een rassenhierarchie plaatst. De geracialiseerde mensen die deelnamen aan het onderzoek kunnen in het verleden al dan niet het slachtoffer zijn geweest van racisme.

## Raciale ongelijkheid en discriminatie belemmeren toegang tot zorg

Personen uit geracialiseerde groepen voelen zich minder goed behandeld door zorgverleners. Dat blijkt uit een verkennend onderzoek bij 2189 personen naar racisme in de Belgische gezondheidszorg. Opvallend: die ervaringen van discriminatie en een gebrek aan respect belemmeren mensen hun toegang tot zorg. En de combinatie van armoede en het behoren tot een geracialiseerde groep versterkt die ongelijkheid des te meer. Lees hieronder de resultaten en conclusies van het verkennend onderzoek dat Indiville uitvoerde in opdracht van Unia. Deze eerste resultaten vormen een basis voor een diepgaander onderzoek naar de impact van racisme op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg dat Unia samen met de Christelijke Mutualiteit zal uitvoeren.

Racisme heeft negatieve gevolgen op de mentale en fysieke gezondheid van mensen. Zo zijn depressie, chronische stress, angst, een hoge bloeddruk, obesitas en spijsverteringsstoornissen een aantal van de klachten die mensen ervaren<sup>i</sup>. Geracialiseerde personen zijn dus vatbaarder voor gezondheidsproblemen. Maar wat betekent het als raciale discriminatie zich ook in de gezondheidszorg zelf voordoet?

### Schadelijke gevolgen voor patiënten

Verschillende internationale onderzoeken tonen aan dat geracialiseerde personen langere wachttijden hebben op spoedafdelingen, een ongepaste pijnbehandeling, een lagere inschatting van de ernst van de klacht en andere behandelingen voor verhoogde bloeddruk en na een psychologische diagnose<sup>ii</sup>. Geracialiseerde personen krijgen op deze manier een minder goede gezondheidszorg met mogelijk schadelijke gevolgen voor hun gezondheid.

Discriminatie in de gezondheidszorg is een afspiegeling van het structureel racisme dat aanwezig is in de samenleving en de opleiding van het zorgpersoneel. Deze discriminatie is niet altijd intentioneel en over het algemeen gedreven vanuit een intentie om het goede te doen<sup>iii</sup>. Alleen heeft die intentie, wanneer die vertrekt vanuit vooroordelen en stereotypen, wel degelijk schadelijke gevolgen voor patiënten.

### Nood aan Belgisch onderzoek

Zijn die ervaringen ook van toepassing voor België? Enkele studies suggereren van wel<sup>iv</sup>, maar er [bestaan weinig data over raciale discriminatie in de gezondheidszorg](#) in ons land. Om een beter zicht krijgen op de problematiek, werden 2189 mensen bevroegd over hun ervaringen in de ambulante en ziekenhuiszorg. De deelnemers werden concreet bevroegd over ervaringen bij één type hulpverlener waarmee ze in de afgelopen 12 maanden contact hadden. In de analyses werd een vergelijking gemaakt tussen de ervaringen van geracialiseerde en niet-geracialiseerde personen.

Met geracialiseerde groep worden de personen bedoeld die blootgesteld zijn aan structureel [racisme](#) in de Belgische samenleving. Om het onderscheid tussen ‘geracialiseerd’ en ‘niet-geracialiseerd’ te maken, werden de respondenten zelfdefiniërvragen voor origine gesteld. Enerzijds werden

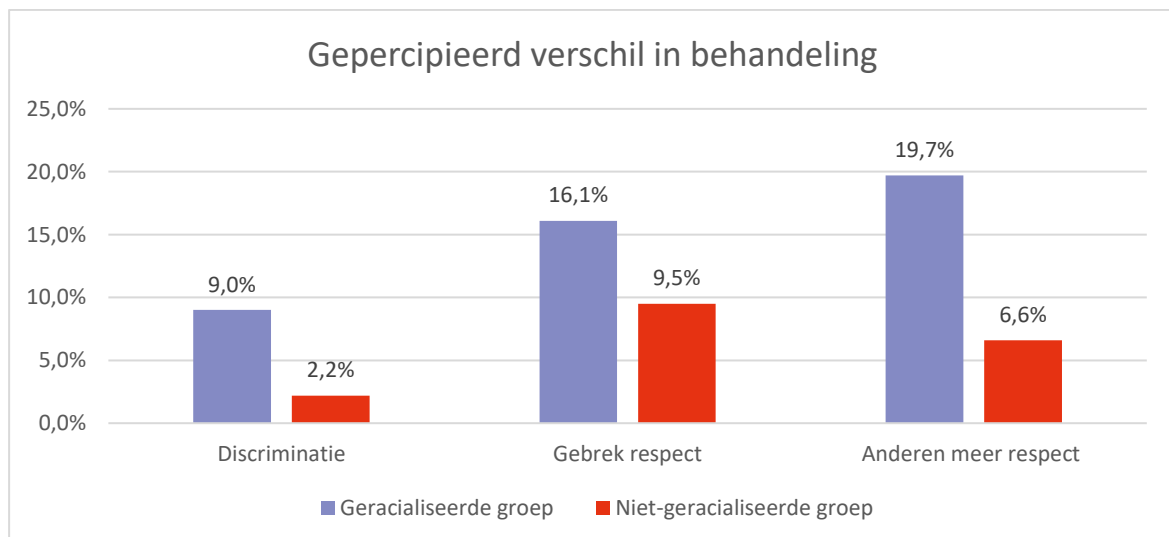
mensen die zichzelf definiëren als een persoon met enkel een Belgische of EU-origine en niet behorend tot een geracialiseerde minderheidsgroep, beschouwd als niet-geracialiseerd (1487 personen). Anderzijds werden mensen die zichzelf definieerden aan de hand van een origine of kenmerk dat hen tot mikpunt maakt van structureel racisme in België (bijvoorbeeld huidskleur, nationaliteit, joodse afkomst, origine, religie, taal/accent of naam), ingedeeld bij de geracialiseerde groep (702 personen).

## Resultaten: verschil in kwaliteit en behandeling

Over het algemeen ervaren de respondenten van dit onderzoek de ontvangen zorg als kwalitatief. Zo geven de deelnemers een gemiddelde van 8,8/10 op vragen als “heb je de hulp gekregen die je nodig had”, “werd er naar je geluisterd”, “werd je betrokken bij de beslissing” en “kreeg je duidelijke uitleg”. Opvallend is wel dat personen uit de geracialiseerde groep een iets slechtere score gaven aan de kwaliteit van de zorg, dan de personen uit de niet-geracialiseerde groep.

Ook bij vragen naar hoe mensen zich behandeld voelen door de hulpverlener zien we een duidelijk verschil tussen personen uit de geracialiseerde groep en de niet-geracialiseerde groep (zie figuur 1). Zo voelt 9% ofwel bijna 1 op 10 mensen uit de geracialiseerde groep zich gediscrimineerd. 16,1% ervaart een gebrek aan respect en 19,1% heeft het gevoel dat andere patiënten met meer respect behandeld worden. Ze schrijven die ervaring toe aan een neerbuigende houding, onbeleefdheid en geen interesse in hen als persoon. Deze ervaren discriminatie heeft negatieve gevolgen voor diegenen die zich ongelijk behandeld voelen. Ze verliezen het vertrouwen in de medische wereld en zijn minder geneigd om gebruik te maken van gezondheidszorg, of ze stellen hun behandeling uit (zie verder)<sup>v</sup>.

Belangrijk hierbij is dat er gepeild werd naar het *gevoel* van discriminatie. Dit is waarschijnlijk nog maar het topje van de ijsberg aangezien patiënten een ongelijke behandeling vaak niet zelf kunnen opmerken<sup>vi</sup>, bijvoorbeeld bij een ongepaste pijnbehandeling.



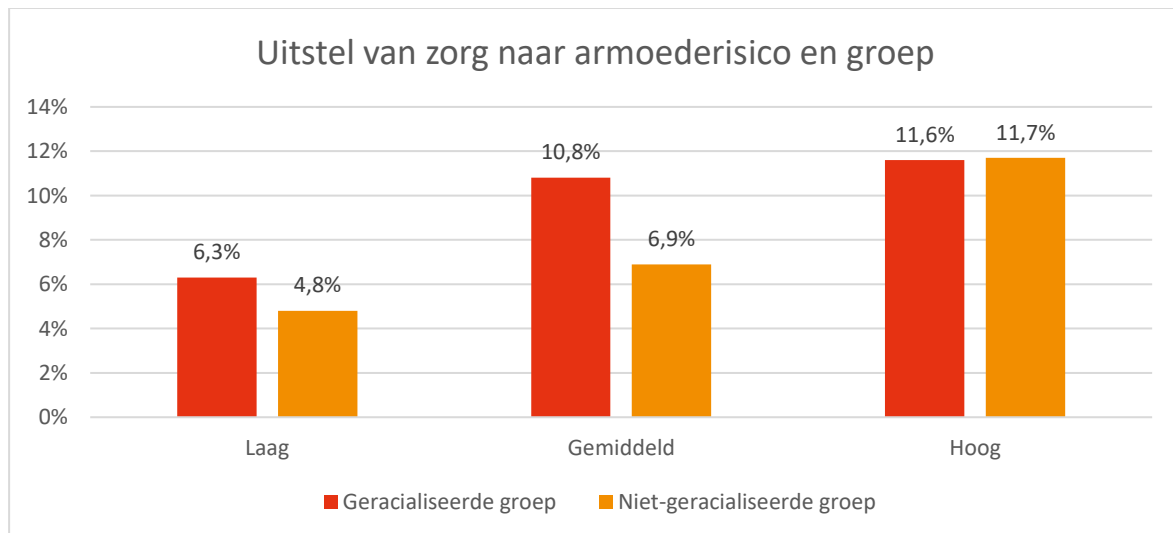
Figuur 1

Van alle respondenten die discriminatie of een gebrek aan respect rapporteren, dient 79% geen klacht in. Maar personen uit een geracialiseerde groep doen dit wel opvallend vaker. Dit zou kunnen suggereren dat ze vaker overtuigd zijn dat ze de discriminatie kunnen aantonen. Over het algemeen wordt de respectloze behandeling of discriminatie het meest aangeklaagd op sociale media, bij de politie, bij de Orde van Geneesheren of een ombudsdienst. Slechts drie personen deden een melding bij Unia, waaronder twee personen uit de geracialiseerde groep. Deze meldingen konden echter gebaseerd zijn op andere discriminatiecriteria dan de raciale criteria.

## Invloed op toegang tot zorg

Wat vaststaat is dat discriminatie en een onrespectvolle behandeling een impact hebben op hoe mensen beroep doen op de zorg die ze nodig hebben<sup>vii</sup>. De kans dat mensen uit de geracialiseerde groep van zorgverlener veranderen nadat ze discriminatie ervaren hebben, is 2,5 keer hoger dan bij mensen uit de niet-geracialiseerde groep. Dit zou erop kunnen wijzen dat de impact van een ervaring met discriminatie in de gezondheidszorg groter is voor een geracialiseerde persoon die al kwetsbaarder is gemaakt door eerdere ervaringen met (structureel) racisme. Bovendien heeft 65% uit de geracialiseerde groep minstens 1 keer zorg uitgesteld tegenover 45% van de niet-geracialiseerde groep. Het feit dat geracialiseerde personen vaker zorg uit stellen of veranderen van zorgverlener heeft een negatieve impact op de gezondheidszorg die ze ontvangen en dus op hun gezondheid.

Ook is het risico om zorg uit te stellen eveneens groot wanneer je in armoede leeft. En de combinatie van armoede en het behoren tot een geracialiseerde groep versterkt de ongelijkheden nog meer.



**Figuur 2**

Uit de figuur 2 kunnen we afleiden dat:

- Hoe hoger het armoederisico, hoe meer mensen zorg uitstellen
- Bij een hoog armoederisico stellen zowel mensen uit de geracialiseerde als de niet-geracialiseerde groep even vaak zorg uit.
- Bij een gemiddeld of laag armoederisico stellen mensen die tot een geracialiseerde groep behoren vaker zorg uit.

## Nood aan verder onderzoek

Hoewel de studie waardevolle inzichten biedt, is aanvullend onderzoek nodig om meer robuuste conclusies te kunnen trekken. Dit onderzoek is louter verkennend en werd uitgevoerd met beperkte middelen en tijd. Unia plant dan ook verder onderzoek over de toegang tot de gezondheidszorg voor geracialiseerde personen. Het onderzoek zal kwalitatieve en kwantitatieve methoden combineren en wordt uitgevoerd in partnerschap met de Christelijke Mutualiteit. Het onderzoek start in het voorjaar van 2025 en de publicatie van een rapport wordt verwacht eind 2026.

Voor vragen met betrekking tot dit onderzoeksproject kunt u een bericht sturen naar [equalitydata@unia.be](mailto:equalitydata@unia.be).

- <sup>i</sup> Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *10*(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- <sup>ii</sup> Ramsoondar, N., Anawati, A., & Cameron, E. (2023). Le racisme comme déterminant de la santé et des soins de santé. *Canadian Family Physician*, *69*(9), 601-605. <https://doi.org/10.46747/cfp.6909601>
- Haywood, C., Tanabe, P., Naik, R., Beach, M. C., & Lanzkron, S. (2013). The impact of race and disease on sickle cell patient wait times in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, *31*(4), 651-656. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.11.005>
- Hoffman, K. M., Traylor, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *113*(16), 4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
- Coisy, F., Olivier, G., Ageron, F.-X., Guillerrou, H., Roussel, M., Balen, F., Grau-Mercier, L., & Bobbia, X. (2024). Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, *31*(3), 188-194. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001113>
- Lepièce, B., Reynaert, C., van Meerbeeck, P., & Lorant, V. (2014). General practice and ethnicity : An experimental study of doctoring. *BMC Family Practice*, *15*(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-89>
- Ceuterick, M., Bracke, P., Van Canegem, T., & Buffel, V. (2020). Assessing provider bias in general practitioners' assessment and referral of depressive patients with different migration backgrounds: Methodological insights on the use of a video-vignette study. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*, *56*(8), Article 8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00590-y>
- <sup>iii</sup> Cognet, M. (2017). Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Cahiers de la LCD*, *N°5*(3), 25-42. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0025>
- Cognet, M. (2023). Racisme à l'épreuve de la clinique : Une perspective sociologique. *Ethica Clinica*, *112*, 12-24.
- <sup>iv</sup> Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. T. (2016). Access, treatment and outcomes of care: A study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*, *61*(4), 443-454. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0810-3>
- Hanssens, L. G. M., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma: A gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, *15*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2014). Adaptation of health care for migrants : Whose responsibility? *BMC Health Services Research*, *14*(1), 294. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-294>
- Ceuterick, M., Bracke, P., Van Canegem, T., & Buffel, V. (2020). Assessing provider bias in general practitioners' assessment and referral of depressive patients with different migration backgrounds : Methodological insights on the use of a video-vignette study. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*, *56*(8), Article 8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00590-y>
- Coisy, F., Olivier, G., Ageron, F.-X., Guillerrou, H., Roussel, M., Balen, F., Grau-Mercier, L., & Bobbia, X. (2024). Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, *31*(3), 188-194. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001113>
- Lepièce, B., Reynaert, C., van Meerbeeck, P., & Lorant, V. (2014). General practice and ethnicity: An experimental study of doctoring. *BMC Family Practice*, *15*(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-89>

- <sup>v</sup> Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. T. (2016). Access, treatment and outcomes of care : A study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*, 61(4), 443-454. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0810-3>
- Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care : Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>
- Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe : Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 119-137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>
- Cultures&Santé asbl. (2021). *Parcours d'exil, procédures et violences institutionnelles*. <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/parcours-d-exil-procedures-et-violences-institutionnelles-rapport-2021/>
- <sup>vi</sup> Cagnet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : L'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2), 11-34.
- Troonbeeckx, A. (2022, mars 21). *Kleur, cultuur en klasse zijn blinde vlekken in onze gezondheidszorg*. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/blinde-vlekken-in-onze-gezondheidszorg/>
- <sup>vii</sup> Hanssens, L. G. M., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma : A gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>
- Bufragech, J. (2022, décembre 16). Dis les termes : Racisme à l'hôpital. *Mammoth Média*. <https://www.mammoth.media/dis-les-termes-racisme-a-lhopital/>
- Ramsoondar, N., Anawati, A., & Cameron, E. (2023). Le racisme comme déterminant de la santé et des soins de santé. *Canadian Family Physician*, 69(9), 601-605. <https://doi.org/10.46747/cfp.6909601>
- Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 19-137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>
- Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe : Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care : Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>