

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1358

Vragen van de leden **White** en **Westerveld** (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Minister voor Medische Zorg over *het gebruik van de term «ras» in de gezondheidszorg* (ingezonden 6 maart 2024).

Antwoord van Minister **Dijkstra** (Medische Zorg) (ontvangen 28 maart 2024).

#### Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Patiënten lopen risico doordat gezondheidszorg «ras» nog laat meewegen»?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Bent u bekend met het in het artikel omschreven probleem dat mensen vanwege hun afkomst andere zorg of diagnoses zouden kunnen krijgen dan mensen met een andere etniciteit? Heeft u in beeld hoe vaak mensen hierdoor een verkeerde of verlate diagnose krijgen?

#### Antwoord 2

Ja. Ik heb geen beeld van hoe vaak mensen vanwege hun etniciteit later of onjuist gediagnosticeerd worden. Ik ben van oordeel dat het gebruik van etniciteit alleen mag op basis van solide wetenschappelijk bewijs, wanneer het een voor de te ontvangen zorg relevant kenmerk is (zie ook antwoord bij vraag 7).

#### Vraag 3

Deelt u de zorg dat het gebruik van «ras» als factor bij het stellen van diagnoses ertoe kan leiden dat mensen vanwege hun etniciteit later of onjuist gediagnosticeerd worden? Deelt u de mening dat het gebruik van «ras» in deze context daarom moet stoppen?

#### Antwoord 3

Ja.

<sup>1</sup> Nu.nl, 4 maart 2024, «Patiënten lopen risico doordat gezondheidszorg «ras» nog laat meewegen» (Patiënten lopen risico doordat gezondheidszorg «ras» nog laat meewegen | Binnenland | NU.nl)

#### Vraag 4

Bent u bereid om in kaart te brengen welke medische instanties naast de Huisartsenopleiding Nederland, het Amsterdam UMC, het Erasmus MC en het Longfonds nog gebruik maken van de term «ras»? Zo ja, op welke termijn kunt u dit realiseren? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 4

Een brede check op alle medische instanties is niet haalbaar. Naar aanleiding van het krantenartikel heb ik navraag gedaan bij de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en het Nederlands Genootschap van Huisartsen (NHG). De FMS geeft aan dat etniciteit in aanbevelingen in richtlijnen wordt opgenomen mits dat wetenschappelijk onderbouwd is. Het gaat daarbij niet expliciet om etniciteit op zich, maar eerder om de manier waarop deze factoren samenhangen met genetische predisposities en levensstijlkeuzes binnen een specifieke subpopulaties, wat van invloed kan zijn op de gezondheidsuitkomsten (zie ook antwoord bij vraag 7). Ook het NHG geeft aan dat in sommige richtlijnen onderscheid wordt gemaakt naar etniciteit, als er voldoende bewijs is dat dit nodig is om goede zorg te leveren. In richtlijnen kunnen hiermee verwijzingen naar etniciteit voorkomen, zowel in de beschrijving van de literatuuranalyse, als in de overwegingen en aanbevelingen. Het is essentieel dat hiervoor terminologie wordt gebruikt die eenduidig en specifiek is, maar niet kwetsend of stigmatiserend. Binnen het NHG is een werkgroep actief die zich bezighoudt met het signaleren van (mogelijk) stigmatiserend taalgebruik in NHG-richtlijnen.

#### Vraag 5

Deelt u de opvatting dat etniciteit onder geen enkele omstandigheid een reden kan zijn voor minder goede zorg?

#### Antwoord 5

Ik deel deze opvatting: discriminatie en racisme hebben nergens een plek. Dat geldt dus ook voor de zorg.

#### Vraag 6

Deelt u de opvatting dat etniciteit alleen mee zou moeten wegen wanneer dit medisch relevant is? Bent u het eens met de opvatting dat wetenschappelijke bevindingen hierbij leidend moeten zijn?

#### Antwoord 6

Daar ben ik het mee eens.

#### Vraag 7

Herkent u het beeld dat huidige medische richtlijnen inconsistent zijn in het opnemen en benoemen van verschillen in gezondheid en ziektelast tussen bevolkingsgroepen? Deelt u de opvatting dat heldere richtlijnen nodig zijn over wanneer fysiologische kenmerken van bevolkingsgroepen relevant zijn, zowel in geneeskundige opleidingen als in de dagelijkse praktijk, zodat iedereen kan rekenen op gelijkwaardige zorg?<sup>2</sup>

#### Antwoord 7

Ik zou niet willen spreken van inconsistentie. Ik deel de opvatting dat bij het opstellen van medische richtlijnen het erg belangrijk is dat gechecked wordt dat de populatie in het wetenschappelijk onderzoek dat wordt gebruikt voor het onderbouwen van de aanbeveling in de richtlijn, goed vergelijkbaar is met de patiëntenpopulatie waarvoor die aanbeveling wordt gegeven. Dit kan betekenen dat aandacht wordt besteed aan etniciteit. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de genetische samenstelling van een populatie – die kan samenvallen met bepaalde etnische groepen – invloed kan hebben op de effectiviteit van bepaalde interventies of risico's op bepaalde bijwerkingen. Ook kunnen er binnen bepaalde subpopulaties levensstijlfactoren voorkomen die een hoger risico kunnen vormen voor gezondheidsproblemen. Aanbeve-

<sup>2</sup> Maria E.T.C. van den Muijsenbergh, Jeffrie Quarsie, Jako S. Burgers en Charles Agyemang. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.«Onderscheid naar etnische afkomst: Hoe doen we dat in de gezondheidszorg?» 2021.

lingen over etnische achtergrond moeten én mogen alleen worden gedaan op basis van solide wetenschappelijk bewijs. Dit benadrukt de noodzaak van een zorgvuldige weging van het beschikbare onderzoek over de doelpopulatie bij het ontwikkelen van richtlijnen.

#### Vraag 8

In welke zorgsectoren is het risico op discriminatie aanwezig? Welke maatregelen gaat u nemen om discriminatie in de zorg tegen te gaan?

#### Antwoord 8

Discriminatie is helaas nog steeds aanwezig in onze maatschappij. En dus bestaat het risico daarop in elke sector van de zorg. Specificeren naar losse zorgsectoren lijkt mij daarbij niet nuttig of noodzakelijk. Zoals ik eerder schreef is er voor discriminatie en racisme nergens plek binnen zorg en welzijn. Daarnaast is het belangrijk dat iedereen gelijke kansen ervaart en dat deze worden bevorderd waar mogelijk en nodig. Om deze kernboodschap uit te dragen en bekrachtigen loopt er binnen VWS een programma tegen discriminatie en ter bevordering van gelijke kansen in zorg, welzijn en sport. Dit programma richt zich onder andere op diversiteits sensitief werken in de zorg, de negatieve doorwerking van het slavernijverleden in zorg en welzijn tegen gaan en het brede onderzoek over discriminatie in zorg, welzijn en sport.