Raciale Ongelijkheid

Door: Xuan Lan Tran

Door de geschiedenis heen heeft systemisch racisme op medisch gebied het leven gekost aan zwarte, onafhankelijke en gekleurde mensen over de hele wereld. Maar recenter heeft COVID-19 onthuld dat rassendiscriminatie in gezondheidszorgstelsels het gevolg is van vastgestelde verschillen in beroep, huisvesting en sociaaleconomische status.Historische vooroordelen en stereotypen, evenals statistieken die met weinig of geen context worden gegeven, kunnen ertoe leiden dat het grote publiek raciaal gemarginaliseerde gemeenschappen verder verwaarloost.

Volgens de New England Journal of Medicine toonden gegevens van Wisconsin en Michigan van begin April aan dat het percentage van zwarte mensen dat door de pandemie werd getroffen twee keer zo hoog was als het aantal zwarte mensen in het gebied. Soortgelijke verschillen zijn ook op andere gebieden geconstateerd. Epidemieën en natuurrampen uit het verleden suggereren een patroon dat concludeert dat sociaal gemarginaliseerde bevolkingsgroepen het meest zullen lijden. Het tonen van enkele cijfers over hoe COVID-19 raciale minderheden onevenredig treft in de hoop het bewustzijn te vergroten en racisme te bestrijden, kan ook het tegenovergestelde effect hebben: niet-gecontextualiseerde statistieken kunnen ertoe leiden dat mensen geloven dat de unieke genetische verschillen tussen raciale minderheden hen gevoeliger maakt aan de ziekte.

Cijfers die zonder uitleg worden gegeven, kunnen ook leiden tot raciale stereotypen over mensen van kleur. Zo werden zwarte Amerikanen tijdens de 20e-eeuwse uitbraken van tuberculose in het stedelijke zuiden ontslagen omdat men dacht dat ze te koppig waren om de juiste hygiëne in praktijk te brengen. Vergelijkbare stereotypen zijn gemaakt tegen Aziatische en Latijns-Amerikaanse Amerikanen. Deze problemen met een gebrek aan gecontextualiseerde gegevens kunnen ertoe leiden dat raciale verschillen worden genegeerd in de overtuiging dat de hogere COVID-19-statistieken voor raciale minderheden aangeboren zijn en niet kunnen worden geholpen. Gegevens die zonder de juiste analyse worden verstrekt, kunnen volgens socioloog Loïc Wacquant geografische verdeeldheid veroorzaken en de marginalisering van raciale minderheden verergeren. Wacquant noemt dit fenomeen "territoriale stigmatisering". Wat betreft de manier waarop territoriale stigmatisering van toepassing is op de COVID-19-pandemie: buurten die het al moeilijk hebben, kunnen meer lijden als gevolg van bijna onderdrukkende monitoring en controle, zondebok van lokale bewoners of vervreemding van het grote publiek.[[1]](#footnote-0)

Het Center for Disease Control and Protection (CDC) publiceerde een artikel dat meerdere bronnen verzamelde om raciale ongelijkheden als gevolg van COVID-19 te analyseren. Zoals vermeld in hun artikel, dragen historisch vastgestelde ongelijkheden in medische instellingen bij tot hogere percentages infecties, ziekenhuisopnames en sterfgevallen in BIPOC. Opvallend zijn ook de effecten van sociale determinanten op COVID-19, waarvan de gevolgen worden versterkt door ras. Factoren zoals een grotere kans om verzekerd te zijn bij niet-Spaanse blanke Amerikanen,[[2]](#footnote-1) culturele of taalbarrières in de gezondheidszorg,[[3]](#footnote-2) gebrek aan toegankelijk vervoer en discriminatie in systemen die bedoeld zijn om te helpen bij gezondheid en welzijn, dragen allemaal bij aan hogere percentages COVID-19 in BIOPIC. Sommige raciale minderheden kunnen ook de gezondheidszorgstelsels wantrouwen en opzettelijk vermijden vanwege eerdere ervaringen met ongelijkheden in de behandeling, of vanwege de historische context van die ongelijkheden, zoals meerdere voorbeelden van gedwongen sterilisatie op medisch gebied of de hogere moedersterfte bij vrouwen van kleur.[[4]](#footnote-3)

Beroepsmogelijkheden spelen ook een rol bij COVID-19-ongelijkheden. Bepaalde raciale of etnische minderheden werken op essentiële gebieden zoals openbaar vervoer, boerderijen, fabrieken, supermarkten of zorginstellingen.[[5]](#footnote-4) Al deze velden worden ondergewaardeerd, ondanks dat ze worden beschouwd als 'essentiële werkers' in de pandemie, en leiden daarom tot arbeidsomstandigheden die een hoger risico op COVID-19-infectie veroorzaken. Veel van deze banen brengen hoge infectie risicofactoren met zich mee, zoals het niet kunnen opnemen van betaald ziekteverlof, het vereisen van nauw contact met consumenten of andere werknemers, of volledig niet in staat zijn om op afstand te werken. 17% van de zwarte arbeiders werkt in de frontlinie, met meer dan 25% in het openbaar vervoer.

Als gevolg van onderwijs barrières hebben sommige raciale minderheden mogelijk minder toekomstige banen, wat ook kan leiden tot lager betaalde of minder stabiele banen. Een voorbeeld van deze beroeps instabiliteit werd duidelijk, aangezien het stijgende werkloosheidspercentage in april 16,7% bedroeg voor zwarte Amerikanen, terwijl het 14,2% was voor blanke Amerikanen.[[6]](#footnote-5) Deze beperkte beroeps flexibiliteit leidt tot de bovengenoemde beroepsmogelijkheden, en in combinatie met economische ongelijkheden worden raciale minderheden gedwongen banen aan te nemen waardoor ze een hoger risico lopen op COVID-19.

Ten slotte hebben raciale en / of etnische minderheden een grotere kans om in drukke omstandigheden te verblijven, waardoor het moeilijker wordt om preventieve maatregelen te nemen, zoals sociale afstand nemen. Evenzo leiden onevenredige werkloosheidscijfers voor BIPOC als gevolg van COVID-19 tot grotere kansen op dakloosheid, uitzetting of het delen van huisvesting.[[7]](#footnote-6) [[8]](#footnote-7)

Uit gegevens die door The Lancet zijn gepubliceerd uit 50 onderzoeken met 18.728.893 patiënten, uitgevoerd in zowel de Verenigde Staten als het Verenigd Koninkrijk, blijkt dat zwarte en Aziatische personen een grotere kans hebben om COVID-19 op te lopen. Gegevens toonden ook aan dat Aziatische individuen een grotere kans hebben op ITU-opname en overlijden door COVID-19, zelfs met geslacht / geslacht, leeftijd en co-existerende aandoeningen (maar deze onderzoeken zijn nog niet door vakgenoten beoordeeld.) In deze onderzoeken werd gevonden dat dat zwarte mensen twee keer zoveel kans hadden om besmet te zijn met COVID-19 bij een pool-gecorrigeerde verhouding van 2,02: 1 in vergelijking met blanke mensen, terwijl Aziatische en Latinx-mensen ook meer kans hadden om besmet te zijn dan blanke mensen met percentages van 1,61 en 1,77 , respectievelijk. Wat sterftecijfers en etniciteit betreft, toonden studies aan dat Aziatische individuen een hoger risico op overlijden hadden dan blanke individuen in een verhouding van 0,23: 0,22, maar bij peer review werd dit verhoogde risico lager. Aangepaste analyses lieten geen hoger risico op overlijden zien voor Latinx of zwarte individuen.[[9]](#footnote-8)

De bevindingen van deze onderzoeken impliceren dat de ernstige impact van COVID-19 op zwarte, Latinx en Aziatische gemeenschappen grotendeels te wijten is aan het onevenredige aantal infecties. Meerdere factoren kunnen verklaren waarom er een hoger risico op infectie en zelfs overlijden bestaat bij deze minderheidsgroepen. Personen met een Aziatische, Latinx en zwarte achtergrond kunnen in intergenerationele huishoudens leven. Vanaf 2009 vormden Aziatische Amerikanen 26% van de intergenerationele huishoudens, zwarte Amerikanen waren 24% van de intergenerationele huishoudens en Latinx was 23% van de intergenerationele huishoudens, wat allemaal resulteerde in overvolle levensomstandigheden.[[10]](#footnote-9) Bovendien vergroot de lagere sociaaleconomische status onder deze raciale minderheden de kans op woningen met meer gemeenschappelijke voorzieningen of gedeelde ruimtes. In een huidige bevolkingsenquête van het Bureau of Labor Statistics voor het jaar 2018, toonde onderzoek aan dat zwarte werknemers eerder in velden waren die dicht bij anderen en chronische onderwerping aan infectieuze aandoeningen vereisten.[[11]](#footnote-10) Aziaten bleken ook een hoger risico op dodelijke infectie te hebben, zelfs als er rekening werd gehouden met comorbiditeiten zoals diabetes en cardiovasculaire aandoeningen. Uit het meest recente rapport van de Intensive Care National Audit and Research Center bleek dat Aziaten en negroïde mensen onevenredig veel in het ziekenhuis werden opgenomen en intensive care. [[12]](#footnote-11)

Van systemisch racisme is aangetoond dat het bijdraagt aan op ras gebaseerde verschillen in klinische COVID-19-gegevens. Racisme bestaat op individueel, gemeenschaps-, organisatorisch en institutioneel niveau, wat eigenlijk allemaal leidt tot discriminatie, onderdrukking en marginalisatie van etnische minderheden. In de gezondheidszorg veroorzaakt dit ongelijkheden in behandeling en zorg, belemmeringen bij de toegang tot zorg, wantrouwen en psychosociale stress. Economische en politieke machten hebben geleid tot raciale ongelijkheden in sociaaleconomische status en leiden tot hogere percentages en risico's op infectie, ziekenhuisopname en overlijden. Als gevolg hiervan wordt deze pandemie een endemisch probleem in zowel de VS als het VK. [[13]](#footnote-12) [[14]](#footnote-13)

1. Chowkwanyun, Merlin, and Adolph L. Reed. “Racial Health Disparities and Covid-19 — Caution and Context.” *New England Journal of Medicine*, vol. 383, no. 3, 2020, pp. 201–203., doi:10.1056/nejmp2012910. [↑](#footnote-ref-0)
2. Institute of Medicine. 2002. *Care Without Coverage: Too Little, Too Late*. Washington, DC: The National

   Academies Press. https://doi.org/10.17226/10367. [↑](#footnote-ref-1)
3. Institute of Medicine. 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10260. [↑](#footnote-ref-2)
4. Pagán, Angélica Marie, et al. “Spring 2020 Journal: Mitigating Black Maternal Mortality.” Edited by Lisa McCorkell et al., *Berkeley Public Policy Journal*, 13 Apr. 2020, bppj.berkeley.edu/2020/04/13/spring-2020-journal-mitigating-black-maternal-mortality/. [↑](#footnote-ref-3)
5. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-4)
6. Gould, Elise, and Valerie Wilson. “Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus-Racism and Economic Inequality.” *Economic Policy Institute*, 1 June 2020, www.epi.org/publication/black-workers-covid/. [↑](#footnote-ref-5)
7. “Race And Education: How Race Affects Education.” *The Annie E. Casey Foundation*, 25 Nov. 2006, www.aecf.org/resources/race-matters-how-race-affects-education-opportunities [↑](#footnote-ref-6)
8. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-7)
9. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-8)
10. “Chapter 3: Demographics of Multi-Generational Households.” *Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project*, 31 Dec. 2019, www.pewsocialtrends.org/2011/10/03/chapter-3-demographics-of-multi-generational-households/#race-and-ethnicity. [↑](#footnote-ref-9)
11. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-10)
12. Richards-Belle, Alvin et al. “COVID-19 in critical care: epidemiology of the first epidemic wave across England, Wales and Northern Ireland.” *Intensive care medicine* vol. 46,11 (2020): 2035-2047. doi:10.1007/s00134-020-06267-0 [↑](#footnote-ref-11)
13. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-12)
14. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-13)