

Vrije keuze van arts door de patiënt: ongebreidelde keuze of maatregel van positieve actie?

Naoual El Yattouti¹

Abstract – Today's society is diverse, and this presents challenges in different areas of social life, including healthcare. For example, groups with a migration background have their own language and cultural and religious traditions that can affect the care they wish to receive and, more importantly, their choice of healthcare provider. The patient's right to free choice of healthcare provider is extremely important in this regard, especially considering that healthcare is based on trust and cooperation between provider and patient. However, in some situations this right may appear to conflict with the right to equal treatment of the healthcare provider. Under Belgian law a healthcare provider can never be discriminated against by a patient, since the healthcare provider holds a position of power, granting the patient a so-called *carte blanche*. In this contribution an alternative interpretation is offered, which would still allow healthcare providers to invoke anti-discrimination laws, albeit with an important exception where it involves affirmative action. Granting the request of patients who belong to minority groups for a healthcare provider of their own social group ("concordant care") might be considered as such a measure of affirmative action. Along this line of reasoning, patient requests that would result in promoting equality in and better access to healthcare should be granted, whereas patient requests that would result in the perpetuation of inequalities should not be granted.



Inleiding

In de wereldwijde verontwaardiging over door racisme gedreven politiebataliteit in de Verenigde Staten, werd er licht geschenen op verschillende vormen van geïnstitutionaliseerd racisme. Met name in de gezondheidszorgsector bleken er grote ongelijkheden te bestaan in de behandeling van patiënten. Zo zouden patiënten met een donkere huidskleur significant benadeeld worden ten opzichte

1. Naoual El Yattouti is doctoraatsbursaal in de onderzoeksgroep Persoon & Vermogen aan de faculteit Rechten van de Universiteit Antwerpen. Contact: naoual.elyattouti@uantwerpen.be. Dit artikel is vrij beschikbaar volgens de bepalingen van de Creative Commons licentie Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken (BY-NC-ND).

van witte patiënten, met alle gevolgen van dien (Davis et al., 1995, 792; Hoffman et al. 2016, 4296). Het hoeft dan ook niet te verbazen dat het vertrouwen van patiënten uit minderheidsgroepen in witte zorgverleners en algemener de gezondheidszorg niet al te groot is, hetgeen onmiskenbaar een gevaar vormt voor de gezondheid van deze groep (Davis et al., 1995, 793; Washington, 2020).

Het gevolg hiervan is dat patiënten uit een minderheidsgroep zich bij een ziekenhuisbezoek weleens wensen te beroepen op het recht op vrije artskeuze door te verzoeken om een zorgverlener waarmee ze bepaalde persoonskenmerken gemeen hebben. Dit is uiteraard niet enkel het geval voor raciale of etnische minderheden. Zo kunnen patiënten ook verzoeken stellen op basis van religie, taal, geslacht, gender of seksuele oriëntatie, of een combinatie van deze kenmerken (Blythe & Curlin, 2019, 485; Laveist & Nuru-Jeter, 2002, 296; Paul-Emile, 2016, 709; Peek et al., 2017, 332; Anstley & Wright, 2013, 1). Het overeenstemmen van bepaalde persoonskenmerken van de zorgverlener en patiënt kan immers het vertrouwen dat noodzakelijk is in hun zorgrelatie ten goede komen (Paul-Emile, 2012).

Wat nu als blijkt dat niet de patiënt uit een minderheidsgroep de zorgverlener uit een meerderheidsgroep afwijst, maar het een patiënt uit een meerderheidsgroep betreft die liever wordt behandeld door een zorgverlener met dezelfde persoonskenmerken? Of wat als het een patiënt uit een minderheidsgroep betreft die een zorgverlener uit een andere minderheidsgroep wenst te vervangen? De vraag rijst dan aan welke verzoeken er juist tegemoet moet worden gekomen. De gedachte dat een witte patiënt zonder meer een zwarte zorgverlener de deur uit kan sturen, doet mensen (hopelijk en minstens) ongemakkelijk op hun stoel schuiven. Wanneer de situatie omgekeerd is en een zwarte patiënt om een zwarte zorgverlener verzoekt, kan er vermoedelijk meer begrip voor worden opgebracht (Benton, 2011, 22). Dit heeft te maken met zowel de beweegreden achter het verzoek, alsook met de sociale groep waartoe de patiënt en respectievelijk de zorgverlener behoren.

Men kan zich de vraag stellen hoe het recht zich verhoudt ten opzichte van deze situaties. Maakt het immers geen discriminatie uit om zorgverleners uit te kiezen op basis van persoonskenmerken zoals huidskleur of gender? Zouden zorgverleners zich dan kunnen verzetten tegen deze verzoeken of primeert het recht op vrije artskeuze in ieder geval? En kan het een vorm van positieve actie uitmaken om een onderscheid te maken in behandeling van de verzoeken afhankelijk van wie ze uitgaan en aan wie ze gericht zijn? Om een antwoord te bieden op deze vragen zullen eerst de oorzaken, het belang en de obstakels van dit type verzoeken worden overlopen. Omwille van het beperkte bestek van dit artikel zal de nadruk liggen op verzoeken gebaseerd op ras en etniciteit. Er zal dus minder diepgaand worden ingegaan op de andere vormen van concordantie. Het empirisch onderzoek waarop dit deel is gebaseerd is voornamelijk afkomstig uit de Ver-

enigde Staten, aangezien de behandelde problematiek er wijdverspreid en veelvuldig is onderzocht. Hierna volgt een korte analyse van het gelijkheidsbeginsel met bijzondere aandacht voor de interpretatie ervan door het Grondwettelijk Hof. Tenslotte wordt het begrip positieve discriminatie kort onder de loep genomen en toegepast op de verschillende mogelijke scenario's die eerder werden aangehaald.

Concordante zorg

Om de situatie te beschrijven waarin de zorgverlener en de patiënt bepaalde persoonskenmerken gemeenschappelijk hebben, kan men eenvoudigweg het begrip “concordante zorg” gebruiken. Om preciezer te zijn in de terminologie kan men spreken van concordantie met betrekking tot een belangrijk kenmerk van de patiënt. Zo kan het bijvoorbeeld gaan om religieuze concordantie, etnische of raciale concordantie, taalkundige concordantie, geslachts- of genderconcordantie of concordantie op vlak van seksuele oriëntatie (Blythe, Curlin, 2019, 485; Laveist & Nuru-Jeter, 2002, 296; Paul-Emile, 2016, 709; Peek et al., 2017, 332; Anstley & Wright, 2013, 1). Het gaat er dan over dat de patiënt zich kan herkennen in de zorgverlener doordat ze één of meer belangrijke overeenkomsten delen. Deze concordantie kan van belang zijn voor het noodzakelijke vertrouwen dat dient te bestaan tussen de patiënt en de zorgverlener.

De patiënt kan verzoeken om concordante zorg op grond van het recht op vrije keuze van arts, gegarandeerd door artikel 6 van de Wet Patiëntenrechten. Dankzij dit recht kunnen patiënten vrij kiezen door welke arts ze behandeld willen worden (Lemmens, 2020, 36). Dit recht op vrije keuze is een specifieke toepassing van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt (Delbeke, 2012, 219). Niemand kan met name verplicht worden zich te laten behandelen, en zeker niet door een arts die men niet vrij heeft gekozen (Nys, 2002, 1124). Dit is ook logisch gelet op de noodzakelijke vertrouwensband die bestaat tussen patiënt en zorgverlener. Dit algemene recht op zelfbeschikking is terug te vinden in verschillende hogere juridische normen, zoals artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, artikel 3, tweede lid, van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie en artikel 12, eerste lid, van de Grondwet (Dewallens & Schoukens, 2014, 313). Ook de behandelingsovereenkomst die de patiënt met de arts aangaat kan worden beschouwd als een grondslag van het recht op vrije artskenkeuze, omwille van het *intuitu personae*-karakter dat aan zulke overeenkomst wordt toegeschreven. De overeenkomst met de arts wordt namelijk aangegaan omwille van de persoon of de persoonlijke kwaliteiten van de arts. Wanneer een behandelingsovereenkomst gesloten wordt, dient de arts de verbintenissen die hieruit voortvloeien persoonlijk na te komen (Lemmens, 2020, 38). De patiënt heeft op basis hiervan het recht om door de gekozen arts te worden behandeld.

Oorzaken vraag naar en belang van concordante zorg

Het is ons eenvoudig voor te stellen dat wanneer een klant zou eisen in een restaurant enkel bediend te worden door mannelijke obers, er veel verontwaardigde reacties zouden volgen. Als we dit gedachtenexperiment nog verder laten gaan en er een element als huidskleur of religie aan toevoegen, is het hek helemaal van de dam. Waarom wordt dit soort verzoeken in de medische context dan wel getoleerd? Wat maakt dat men de medische context kan afzonderen en dergelijke ongelijke behandelingen er eerder door de vingers kan zien? Het antwoord op deze vragen ligt onder meer in het belang van concordante zorg. Om dit goed te kunnen begrijpen, dient de oorsprong van de vraag om concordante zorg besproken te worden.

(a) Oorzaken vraag naar concordante zorg

Zoals eerder vermeld, wordt er eindelijk meer aandacht gegeven aan een welgekende problematiek in de Verenigde Staten, namelijk de ongelijke behandeling van patiënten met een donkere huidskleur (Spotaro, 2018; Flanders-Stephans, 2000; Williams & Mohammed, 2008; Love, 2018). Er zijn verschillende mogelijke oorzaken, waarvan de meest duidelijke de persoonlijke ingesteldheid van de zorgverlener. Hiermee wordt bedoeld enerzijds het erop nahouden van eigen twijfelachtige ideologieën en anderzijds de instandhouding van racistische mythes die in de 19^e eeuw in het leven werden geroepen om medische experimenten op zwarte mensen te verantwoorden (Davis et al., 1995, 792). Uit studies in de Verenigde Staten blijkt trouwens dat de helft van de witte medische studenten dit soort mythes nog steeds als waarheden beschouwt (Sabin, 2020). De meeste van deze mythes betreffen de belevenis van pijn, waarbij wordt gedacht dat zwarte mensen minder gevoelig zijn voor pijn. Dit heeft als direct gevolg dat deze zorgverleners zwarte patiënten stelselmatig minder snel zullen behandelen tegen pijn en symptomen minder snel serieus zullen nemen (Tello, 2017; Hoffman et al., 2016, 4296; Hostetter & Klein, 2021).

Hier blijft het echter niet bij, want ook het gebrek aan kennis over de diagnosticering en behandeling van patiënten met een donkere huidskleur vormt een grote barrière voor een rechtvaardig en doeltreffend gezondheidszorgsysteem. De meeste medische handboeken zijn immers gebaseerd op het ziektebeeld van mensen met een witte huidskleur (Wilson, 2020) en bovendien zijn er nog steeds medische handboeken in gebruik die flagrant racistische informatie verkondigen (Sini, 2017). Om hieraan te verhelpen werden er reeds verschillende handboeken geschreven over raciale medische verschillen en worden er ook cursussen georganiseerd om vooringenomenheid in de gezondheidszorg te bestrijden (Kelly & Taylor, 2016; Love & Kundu, 2015; Sabin, 2020).

Het komt dan ook niet als een verrassing dat deze ongelijke behandelingen de vraag naar concordante zorg enkel doen toenemen (Williams & Mullan, 2017; Bloomberg et al., 2020; Chen et al., 2005, 138). Het vertrouwen van de zwarte gemeenschap in zorgverleners in de Verenigde Staten is ondertussen zo gering dat er op sociale media geregeld adviezen circuleren over hoe onderzoeken en behandelingen kunnen worden afgedwongen van onbereidwillige zorgverleners (Spotaro, 2018). Dit is begrijpelijk gelet op het verhoogde risico op kraamsterfte, hogere sterftecijfers bij ziektes die de dood tot gevolg kunnen hebben en de talrijke schrijnende getuigenissen van zwarte patiënten (Flanders-Stephans, 2000; Williams, Mohammed, 2008; Davis, et al., 1995, 791; Spotaro, 2018; Love, 2020; Feagin & Bennefield, 2014, 9).

Als reactie op deze problematiek erkende de American Medical Association (hierna: AMA) racisme recent expliciet als een bedreiging voor de volksgezondheid. (2020) De AMA verbindt er zich ook toe om actief bij te dragen aan de ontmanteling van racistisch beleid en praktijken in de gezondheidszorg. In navolging van de Black Lives Matter-protesten van juni 2020 erkende de AMA daarenboven de gevolgen van politiegeweld voor de gezondheid. Tenslotte werd gezworen om systematisch racisme, raciaal onrecht en politiegeweld aan te pakken.

In de Verenigde Staten is deze problematiek welbekend en veelvuldig gedocumenteerd, in tegenstelling tot in andere landen zoals België. Hieruit mag men echter niet afleiden dat het gaat om een louter Amerikaans probleem. Het is niet onwaarschijnlijk dat ook in vele andere landen misvattingen en een gebrek aan kennis interfereren met de behandeling van patiënten met een donkere huidskleur. In 2020 bracht Britse geneeskundestudent Malone Mukwede het handboek "Mind the gap" uit, gewijd aan het diagnosticeren van bepaalde aandoeningen op donkere huid. In Nederland wordt er als reactie op de studies in de Verenigde Staten vanuit de medische sector een oproep gedaan om dit fenomeen te onderzoeken (Elstins-Tromp, 2016). Ook in België is er voorlopig weinig onderzoek verricht naar deze problematiek, hoewel dit gezien de impact ervan van uiterst groot belang is (Van den Brink, 2019). Hierbij kan verwezen worden naar een zaak waarbij een spoedarts niet op de hoogte was dat een peuter met een donkere huidskleur aan sikkelcelanemie leed, een ziekte die veel voorkomt in Sub-Saharaans Afrika (Rb. Antwerpen 26 juni 2020, onuitgegeven). De arts behandelde het kind alsof het louter ging om koorts en ging niet na of het aan sikkelcelanemie leed. Nadat de ernst van de situatie duidelijk werd en het kind werd opgenomen, werden de verkleuringen op de huid niet tijdig opgemerkt. Doordat er te laat werd opgetreden, verloor de peuter alle vier de ledematen. Het had wellicht anders kunnen aflopen als de arts de gepaste kennis had gehad over het diagnosticeren en behandelen van patiënten met een donkere huidskleur.

Tekortkomingen in de gezondheidszorg hebben niet alleen de vraag naar raciaal of etnisch concordante zorg doen stijgen, maar hebben ook geleid tot een

pleidooi voor gender- of geslachtsspecifieke gezondheidszorg. Het mannelijk en het vrouwelijk lichaam verschillen, en dus ook hun ziekten, symptomen en behandelingen, maar de huidige geneeskunde is voornamelijk ontwikkeld op basis van het mannelijk lichaam. Bijgevolg worden vrouwelijke symptomen en aandoeningen soms niet herkend. Bovendien worden medicijnen voornamelijk op mannen getest, waardoor de doses die aan vrouwen worden voorgeschreven niet altijd juist zijn. Er zijn ook typisch vrouwelijke medische problemen waarover te weinig bekend is, zoals bijvoorbeeld de relatie tussen vrouwelijke hormonen en gezondheidsproblemen (“Gender en gezondheid: pleit voor een ongelijke behandeling”).

Kort gezegd wordt er in de geneeskunde doorgaans ten onrechte uitgegaan van één uniform lichaam, namelijk dat van de witte man. De resultaten van deze onderzoeken kunnen echter niet zonder meer op elke persoon worden toegepast. Zo zijn er specifieke symptomen van een hartaanval bij vrouwen terwijl er voornamelijk wordt uitgegaan van mannelijke symptomen bij de diagnose (Parker-Pope, 2018). Het verbaast dan ook niet dat een recente studie aantoonde dat de sterftecijfers van vrouwen hoger liggen wanneer ze voor hartproblemen worden behandeld door een mannelijke arts dan door een vrouwelijke (Greenwood et al., 2018, 8572). Deze benadeling kan ook de omgekeerde richting uitgaan. Omdat depressie bijvoorbeeld vaker voorkomt bij vrouwen is de diagnosticering gebaseerd op de vrouwelijke psyche, terwijl depressie zich bij mannen op een andere wijze kan presenteren (“Gender en gezondheid: pleit voor een ongelijke behandeling”).

Om gendergelijke gezondheidszorg te bereiken, is het dus van belang dat men een verschil maakt in behandeling. Er kan worden ingezet op gendersensitieve zorg door de verschillen en gevoeligheden tussen de geslachten en genders te incorporeren in onderwijs en onderzoek, maar ook door in te zetten op meer diversiteit onder zorgverleners (Greenwood et al., 2018, 8572). Naast de gebreken in de gezondheidszorg zijn er uiteraard andere redenen waarom een patiënt kan vragen om geslachts- of gendersensitieve zorg. Zo kan voor intieme onderzoeken of klachten verzocht worden om een zorgverlener van hetzelfde geslacht of gender. Het is belangrijk hierbij aan te stippen dat niet enkel de fysieke geslachtskenmerken bepalen of een patiënt zich al dan niet comfortabel voelt bij een zorgverlener van een bepaald geslacht of gender. Zo zou een trans vrouw zich voor intieme klachten comfortabeler kunnen voelen bij een vrouwelijke arts, terwijl deze patiënte (nog) over mannelijke geslachtskenmerken beschikt.

Van groot belang en ook de aanleiding voor grote verontwaardiging binnen de zorgsector is het fenomeen waarbij mannelijke artsen geweerd worden door moslima's of hun echtgenoten (Duk, 2007). Aangezien de islam voorschrijft dat wanneer men de keuze heeft, men zich moet laten behandelen door een zorgverlener van hetzelfde geslacht, lijken deze verzoeken religieus geladen te zijn. Wanneer de relevante islamitische voorschriften echter onder de loep worden genomen, blijkt dat de noodtoestand wel wordt erkend, wat wil zeggen dat de voorschriften van

de islam wijken voor situatiegebonden factoren (Bogaert, 2008). Dit is een logisch gevolg van het feit dat de islam het leven beschouwt als het hoogste goed, en niet wordt toegestaan dat men het leven in gevaar brengt. Hieruit volgt dat moslims die in dringende situaties weigeren behandeld te worden door zorgverleners van een ander geslacht, dit niet doen op religieuze gronden maar veeleer vanuit persoonlijke of culturele overwegingen. Veel moslims zijn zich wellicht niet bewust van de exceptie van de noodtoestand en kunnen daarenboven sterke culturele bezwaren hebben. Deze culturele waarden kunnen even sterk of zelfs sterker zijn dan religieuze overtuigingen en zijn verder even geldig voor het bepalen van individuele ethische voorkeuren (Aldeen, 2007, 277). Naast de islam zijn er ook andere religies met gedragsregels die zich kunnen uiten in de zorg. Sommige boeddhisten en hindoes bijvoorbeeld kunnen uiting geven aan sterke, cultureel bepaalde bezorgdheden over bescheidenheid, wat betekent dat ze zich ongemakkelijk kunnen voelen bij een behandeling door iemand van het andere geslacht (Ehman, 2007).

(b) Belang van concordante zorg

Nu enkele mogelijke beweegredenen achter een verzoek om concordante zorg zijn toegelicht, wordt het tijd het belang en de waarde van concordante zorg te onderzoeken. Uiteraard zullen artsen niet louter aandacht besteden aan de fysieke toestand van de patiënt, maar ook aan psychologische en sociale kenmerken die invloed kunnen hebben op de patiëntenzorg. Het vermogen van een arts om aandachtig te zijn en de patiënt bij te staan in het nemen van medische beslissingen kan in sommige gevallen worden versterkt wanneer er overeenstemming van bepaalde persoonskenmerken bestaat tussen de arts en de patiënt. Zo zou bijvoorbeeld een arts een anderstalige patiënt met behulp van een tolk natuurlijk wel kunnen behandelen, maar een arts die de taal van de patiënt deelt zal waarschijnlijk beter in staat zijn zijn context te begrijpen en te reageren. De uitoefening van de geneeskunde wordt in dit geval bevorderd door de aanwezigheid van taalkundige concordantie. Het gaat bij communicatie echter niet enkel om de taal, maar ook om de zogenaamde “gemeenschappelijke woordenschat”, bepaald door culturele of religieuze overeenkomsten (Blythe & Curlin, 2019, 487). Dit kan worden uitgebreid naar andere soorten van concordantie, en eventueel zelfs naar elke soort van concordantie. Zo kan men denken aan een vrouwelijke patiënt die zich wellicht sneller begrepen zal voelen door een vrouwelijke arts dan door een mannelijke. Dit begrip bevordert de communicatie en bijgevolg ook de zorgverlening.

Concordantie van morele visie en morele taal kan artsen helpen bij het herkennen van en reageren op relevante niet-fysiologische kenmerken. Hoewel elke competente arts bijvoorbeeld een Marokkaanse moslima kan behandelen, kan het de behandeling enkel ten goede komen wanneer de arts haar “taal” spreekt, haar tra-

dities van denken en doen begrijpt en kan reageren op alle relevante niet-fysiologische informatie die naar voren komt als gevolg van deze gedeelde context (Blythe & Curlin, 2019, 489). Denk bijvoorbeeld aan het stellen van bepaalde contextuele vragen die kunnen helpen bij het bepalen van een behandeling. Het lijkt er dus op dat de kwaliteit van de zorgverlening op zichzelf beïnvloed kan worden door het al dan niet overeenstemmen van centrale kenmerken bij zorgverlener en patiënt.

Qua tevredenheid en vertrouwen kunnen er zich grote verschillen voordoen afhankelijk van deze overeenstemming. In de Verenigde Staten toonde onderzoek aan dat talloze Afro-Amerikanen en Latijns-Amerikanen discriminatie ondervonden in de gezondheidszorg, en dat deze groep bijgevolg de voorkeur geeft aan een zorgverlener van eigen ras of etniciteit (Chen et al., 2005, 138). Verder bleek ook dat er een sterke associatie bestaat tussen de voorkeur van de patiënt, de mate waarin hieraan wordt voldaan en patiëntentevredenheid. De patiënten aan wier raciale voorkeuren werd voldaan, beoordeelden deze zorgverlener immers vaker positief (Paul-Emile, 2012, 496). Voornamelijk Afro-Amerikanen lijken vaker tevreden te zijn met hun zorg wanneer de zorgverlener beantwoordt aan hun voorkeuren voor ras of etniciteit. Ook bestaat er een duidelijk verband tussen de opvattingen die patiënten hebben over discriminatie in de gezondheidszorg en het erop nahouden van specifieke voorkeuren voor het ras of de etniciteit van de zorgverlener (Chen et al., 2005, 142).

Het is dus duidelijk dat voor patiënten die raciale of etnische concordantie verkiezen de kwaliteit van de interacties met de arts positief beïnvloed wordt. Bijna nergens is vertrouwen zo belangrijk als in de gezondheidssector, en het is mogelijk dat patiënten met een sterke voorkeur waaraan niet wordt voldaan hun zorgverlener minder vertrouwen en minder goed begrijpen, hun aanbevelingen minder goed opvolgen en er bijgevolg niet in slagen een degelijke therapeutische relatie te ontwikkelen met hun zorgverlener (Chen et al., 2005, 142). Een andere studie toonde aan dat doktersbezoeken langer duurden, er meer positieve communicatie plaatsvond en er meer gezamenlijke beslissingen werden genomen wanneer er raciale concordantie bestond (Cooper et al., 2003, 907; Paul-Emile, 2012, 496).

Eerder kwam aan bod dat de vraag om een zorgverlener van een ander geslacht in dringende situaties bij moslimpatiënten uitgaat van persoonlijke of culturele overtuigingen, eerder dan van religieuze overwegingen. Of dit voor de beleving van de patiënt een relevant onderscheid uitmaakt, lijkt echter betwifelbaar. Wat de beweegredenen ook moge zijn, een gebrek aan aandacht voor deze noden kan de kwaliteit van de zorg in het gedrang brengen. Er kan immers een terughoudendheid (van voornamelijk moslimvrouwen) ontstaan om gezondheidszorg op te zoeken wanneer er geen gehoor wordt gegeven aan hun specifieke noden.

Hoewel de onwetendheid over deze culturele of religieuze noden overwonnen kan worden door het onderwijzen van culturele competentie, kan concordante zorg hieraan tegemoetkomen op een wijze waar de patiënt zich comfortabeler bij voelt (Blythe & Curlin, 2019, 489). Uit een studie van Hasnain en anderen bleek immers dat 43% van de respondenten zich zorgen maakt over de mate waarin medisch personeel begrijpt hoe cultuur het gewenste type behandeling beïnvloedt. Zorgverleners distantiëren zich doorgaans van de culturele verplichtingen van patiënten en het vermoeden heerst onder patiënten dat dit de zorg zou kunnen belemmeren (Hasnain et al., 2011, 80).

Samengevat kan men stellen dat onderzoek heeft aangetoond dat de kwaliteit van de zorg in bepaalde gevallen beïnvloed wordt door concordantie tussen patiënt en zorgverlener (Cooper & Powe, 2004, 10). Bij onderzoek naar de juridische instrumenten waarin het recht op gezondheid wordt beschermd zoals de verklaring van de Verenigde Naties en de Wereldgezondheidsorganisatie (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the World Health Organization, The Right to Health, Fact sheet no. 31) en het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, blijkt dat er steeds moet worden gestreefd naar een kwaliteitsvolle zorgverstrekking. Volgens de Verklaring van de Verenigde Naties en de Wereldgezondheidsorganisatie hebben staten zelfs de verplichting om de verschillen van bepaalde groepen te erkennen en aan hun specifieke noden te voldoen. Er zouden dan ook specifieke gezondheidsnormen en positieve beschermingsmaatregelen moeten worden geïmplementeerd voor gediscrimineerde groepen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the World Health Organization, The Right to Health, Fact sheet no. 31, 7). Wanneer men voor ogen houdt dat culturele competentie van zorgverleners een belangrijke strategie is om ongelijkheden in gezondheid bij etnisch diverse groepen aan te pakken (Sorensen et al., 2019, 2), lijkt het plausibel dat er een recht op concordante zorg kan worden afgeleid uit het algemenere recht op gezondheid. Bijgevolg zou men kunnen beargumenteren dat het verzoek om een concordante zorgverlener gerechtvaardigd kan zijn met het oog op het verkrijgen van adequate, kwaliteitsvolle zorg.

Obstakels concordante zorg

Nu het duidelijk is waarom patiënten om concordante zorg vragen en wat de belangen van het inwilligen van zo'n verzoek kunnen zijn, dient er ook te worden stilgestaan bij de obstakels en mogelijke nadelen van concordante zorg. Het eerste probleem ligt bij de beweegreden van zo'n verzoek. Men kan zich makkelijk inbeelden dat niet elke patiënt verzoekt om concordantie omwille van een behoefte aan een gedeelde morele taal, maar eerder vanuit haatdragende en onverdraag-

zame overwegingen (Blythe & Curlin, 2019, 488). Bijgevolg zijn niet alle verzoeken van een patiënt om concordante zorg gerechtvaardigd.

Wanneer een mannelijke bejaarde patiënt verzoekt om een mannelijke verpleger om hem te wassen omdat hij zich hierbij comfortabeler voelt, valt dit gezien de intieme sfeer van deze behandeling zeker te begrijpen. Jammer genoeg zijn de verzoeken van de patiënt niet altijd even goed gemotiveerd. Denk bijvoorbeeld aan een zwarte arts-stagiair die tracht een witte vrouw te behandelen van middelbare leeftijd, maar tijdens deze behandeling wordt gevraagd om de kamer te verlaten omdat de patiënt weigert aangeraakt te worden door een zwarte arts (Garraan & Rasmussen, 2019, 499). Het is duidelijk dat dit verzoek veeleer gesteund is op vooringenomenheid en onverdraagzaamheid, waardoor het onzeker is hoe aanvaardbaar het is om hieraan gehoor te geven (Blythe & Curlin, 2019, 488).

Anders is het wanneer het een verzoek betreft van een patiënt uit een minderheidsgroep die, op basis van angst voor discriminatie vanwege de zorgverlener, vraagt om een raciaal concordante zorgverlener. Het verschil ligt in de beweegredenen, waarbij de patiënt uit een minderheidsgroep vraagt om een zorgverlener van een andere etniciteit of religie vanuit een verlangen naar een gedeelde morele taal veeleer dan door minachting voor de zorgverlener die deze kenmerken niet deelt. De vraag rijst dan welke verzoeken geoorloofd zijn en hoe men deze afweging dient te maken (Blythe & Curlin, 2019, 488).

Hetzelfde valt te zeggen over de verzoeken van patiënten om gender- of geslachtsconcordante zorg. Er kunnen immers goede redenen zijn waarom iemand zou vragen om een zorgverlener van hetzelfde geslacht of gender, zoals de intieme aard van de zorg, een verleden van misbruik of religieuze of culturele redenen. Desondanks zijn er omstandigheden waarin aan de aanvaardbaarheid van deze verzoeken getwijfeld kan worden (Peek et al., 2017, 334). Dit is het geval wanneer een mannelijke patiënt bijvoorbeeld om genderconforme zorg vraagt omdat hij niet gelooft dat vrouwen competente artsen kunnen zijn. Ook op dit niveau zou men een onderscheid dienen te maken in behandeling van deze verzoeken.

In ieder geval blijft het moeilijk om de exacte beweegredenen van de vraag om concordantie te achterhalen. Soms zal het contextueel duidelijk zijn wat de patiënt juist bedoelt, maar het kan evengoed zijn dat de patiënt de werkelijke beweegredenen achterhoudt en een meer sociaal acceptabele reden opwerpt. Zo kan een witte vrouw bijvoorbeeld een zwarte mannelijke arts wensen te vervangen, omdat ze naar eigen zeggen liever door een vrouwelijke arts wordt behandeld, terwijl ze in werkelijkheid niet door een zwarte arts wil worden behandeld. Om deze reden moet het belang van communicatie met de patiënt om de werkelijke reden te achterhalen worden benadrukt (Paul-Emile, 2016, 709), maar het kan natuurlijk zijn dat dit geen vruchten afwerpt. Wegens het korte bestek van dit artikel zal hier niet dieper op worden ingegaan, maar het is een interessant ge-

ven dat bij het behandelen van deze situaties zeker in het achterhoofd moet worden gehouden.

Besluit

Het blijkt dat tekortkomingen in de zorg zoals het gebrek aan diversiteitssensitiviteit en culturele competentie bij zorgverleners (Sorensen et al., 2019, 2) en het gebrek aan medisch onderzoek van bepaalde groepen (“Gender en gezondheid: pleit voor een ongelijke behandeling.”; Wilson, 2020), alsmede de persoonlijke kenmerken en overtuigingen van de patiënt, de behoefte aan concordante zorg creëren en verder in de hand werken. Of er voldaan wordt aan zulke verzoeken kan gevolgen hebben voor de tevredenheid van de patiënt, maar ook voor de kwaliteit van de zorg. Het lijkt dus wenselijk te voldoen aan de verzoeken van de patiënt met het oog op het bieden van kwaliteitsvolle zorg. De vraag rijst echter wat men dient te doen met de zogenaamde “ongeoorloofde verzoeken” en vooral hoe men deze kan onderscheiden van de verzoeken die men wél zou moeten inwilligen.

Het gelijkheidsbeginsel en positieve actie

Het gelijkheidsbeginsel naar nationaal recht: een pragmatische visie

Om te beantwoorden of het uiten van verzoeken om concordante zorg geen schending uitmaakt van het gelijkheidsbeginsel dient er te worden stilgestaan bij de nationale invulling van dit begrip. Er zal in dit deel worden ingegaan op de nationale wetgeving, waarbij extra aandacht zal worden besteed aan de interpretatie ervan door het Grondwettelijk Hof.

Zoals het hoort wordt het gelijkheidsbeginsel beschermd door de Belgische Grondwet. Specifieker bepaalt artikel 10 van de Grondwet dat er geen onderscheid in standen is, dat alle Belgen gelijk zijn en ook de gelijkheid van vrouwen en mannen wordt gewaarborgd. Artikel 11 van de Grondwet bepaalt dat het genot van de toegekende rechten en vrijheden zonder discriminatie verzekerd dient te worden. Daarnaast bestaat er ook bijzondere non-discriminatiewetgeving die specifiekere ongelijkheden wenst aan te kaarten. Het gaat dan om drie federale wetten, namelijk de Antiracismewet van 1981 (Artikelen 3 en 5 Wet van 30 juli 1981 tot bestraffing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden), de Genderwet van 2007 (Artikelen 3 en 6 Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen) en de Antidiscriminatiewet van 2007 (Artikelen 3 en 5 Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie). Elk van deze drie wetten schrijft voor dat bepalingen die strijdig zijn met wat er in deze wetten is bepaald, nietig zijn (Artikel 15 Antidiscrimina-

tiewet; Artikel 20 Genderwet; Artikel 13 Antiracismewet), dat eventuele slachtoffers schadevergoeding kunnen verkrijgen op zowel contractuele als buitencontractuele basis (Artikel 16 Antidiscriminatiewet; Artikel 23 Genderwet; Artikel 18 Antiracismewet) en dat er zelfs kan worden overgegaan tot strafrechtelijke vervolging (Artikel 22 Antidiscriminatiewet; Artikel 27 Genderwet; Artikel 20 Antiracismewet).

In 2009 heeft het Grondwettelijk Hof zich in een aantal vernietigingsberoepen uitgesproken over de invulling van deze drie non-discriminatiewetten (GwH, 2009, 291). De drie non-discriminatiewetten werden ter vernietiging voor het Hof gebracht omdat ze volgens de verzoekende partij een schending zouden uitmaken van verschillende non-discriminatiebepalingen doordat ze enkel van toepassing zouden zijn op werkgevers, aanbieders van goederen en diensten, verstrekkers van gezondheidszorg en organisatoren van voor het publiek toegankelijke activiteiten, en niet ook op werknemers, consumenten, patiënten en deelnemers.

Concreet voor de gezondheidszorgsector zou dit betekenen dat enkel zorgverstrekkers worden gevisieerd door de drie non-discriminatiewetten en niet de patiënten. Het Grondwettelijk Hof verduidelijkt de materie in het arrest met een treffend voorbeeld: een vrouwelijke arts die weigert een man te behandelen kan op grond van de Genderwet worden aangesproken, maar een vrouw die weigert door een mannelijke gynaecoloog te worden geholpen, ontsnapt aan de toepassing van dezelfde wet. De vraag die aan het Hof werd gesteld luidde of deze “normale uitoefening van de persoonlijke vrijheid” die aan de genietters van gezondheidszorg wordt geboden, niet ook aan de verstrekkers van gezondheidszorg toekomt.

Het Hof besloot in dit arrest dat dit verschil in behandeling wordt verantwoord door de machtspositie waarvan de eerste groep geniet. Volgens het Hof hebben patiënten minder gelegenheid om te discrimineren, waardoor de wetgever ervoor mocht opteren aan hen een betere bescherming te bieden. Het Hof ontkennt dus niet dat ook personen in een machtspositie gediscrimineerd kunnen worden, maar stelt slechts dat deze groep méér in staat is om te discrimineren. Ondanks het inzicht dat deze groep ook gediscrimineerd kan worden, besluit het Hof dat het discriminatieverbod niet op hen van toepassing moet zijn. Dit geeft blijk van een sterk pragmatische houding (Vrieling & De Prins, 2009, 590). Het discriminatieverbod dient volgens het Hof immers om discriminatie tegen te gaan bij de toegang tot schaarse economische, sociale of culturele goederen. In de analyse van Vrieling & De Prins: “De ‘wachters’ die de toegang tot deze goederen controleren, is het verboden om op basis van de beschermde groepskenmerken een discriminerend onderscheid te maken tussen kandidaten; en *alleen* hen is het verboden dit te doen” (Vrieling & De Prins, 2009, 591).

Voorheen was de Belgische discriminatiewetgeving moralistischer van aard, maar hier heeft het Hof met deze uitspraak een punt achter gezet. Het Hof ver-

klaarde expliciet dat het discriminatieverbod geenszins een alomvattende morele norm is waarin alle facetten van het dagelijkse leven vervat zitten (Vrielink & De Prins, 2009, 590). In de moralistische visie van het discriminatieverbod is dit wel het geval en is de wetgeving geneigd een grote morele geladenheid te bevatten. Dit impliceert een breed toepassingsgebied van de non-discriminatiewetgeving, waarbij er geen ruimte bestaat voor uitzonderingen: de wetgeving is van toepassing op zowel de “machtige” actoren als op de anderen. Er wordt in deze stelsels hoofdzakelijk geopteerd voor een strafrechtelijk sanctieapparaat. Het Hof heeft in klare taal gekozen voor een pragmatische implementatie, waarbij zwakkere groepen beschermd worden door hen toegang te verzekeren tot werk, wonen, onderwijs en zorg, en enkel de personen worden gevisieerd die de toegang tot deze waardevolle goederen controleren (Vrielink & De Prins, 2009, 590).

Ondanks de grote gevolgen van deze interpretatie kwam er in de rechtsleer bijzonder weinig reactie. In ieder geval is het duidelijk dat de drie non-discriminatiewetten niet langer kunnen worden ingeroepen door de zogenaamde “groepen in een machtspositie”, waar zorgverstrekkers deel van uitmaken. Dit brengt de zorgverstrekkers in een eerder benarde situatie waarbij zij zich niet kunnen beschermen tegen discriminatie uitgaande van de zogenaamde “zwakkere groepen”. De situatie waarin bijvoorbeeld een witte patiënt weigert behandeld te worden door een zwarte arts, valt dus zonder twijfel buiten de reikwijdte van het discriminatieverbod. Het is duidelijk dat sommige gevolgen van deze uitspraak wrang kunnen zijn. Het categoriaal uitsluiten van een groep personen die op basis van hun persoonskenmerken wel tot “maatschappelijk zwakkere groepen” kunnen behoren, valt mijns inziens te betreuren.

Hoewel men zich vragen kan stellen bij de wenselijkheid van de invulling gegeven door het Hof en specifiek bij de praktische gevolgen ervan, blijkt dat België niet alleen staat in deze visie. In *common law*-landen zoals de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, in Nederland en in de Scandinavische landen, wordt er geopteerd voor de pragmatische visie, waardoor zorgverleners van het toepassingsgebied van de non-discriminatiewetten worden uitgesloten (Equality Act 2010 – Discrimination and your rights; Paul-Emile, 2012, 480-495). Het kiezen voor de pragmatische visie boven een meer omvattende, moralistische visie op de non-discriminatiewetgeving blijkt dus niet uitzonderlijk. Dit neemt echter niet weg dat deze redenering perverse gevolgen kan hebben. Zoals eerder vermeld zijn er verschillende scenario's denkbaar bij artsenweigering, en deze situaties op eenzelfde wijze behandelen, zou de maatschappelijke realiteit ontkennen. De situatie waarin een vrouwelijke patiënt vraagt naar een vrouwelijke zorgverlener gelijkstellen met de situatie waarin een witte patiënt weigert aangeraakt te worden door een zwarte zorgverlener, houdt onvoldoende rekening met onderliggende sociale ongelijkheden. Er dient namelijk een onderscheid te worden gemaakt naargelang van wie het verzoek uitgaat en wat de beweegredenen hiervan is.

Als alternatief voor de huidige invulling van het non-discriminatiebeginsel wordt in dit artikel voorgesteld om de non-discriminatiewetgeving wél van toepassing te beschouwen op de afnemers van sociale goederen en diensten, de zogenaamde “zwakkere groepen”. Discriminatie van de zorgverlener door de patiënt zou dan erkend worden en niet zijn toegestaan. Nu zou een blinde toepassing van de non-discriminatiewetgeving perverse gevolgen kunnen hebben, zeker gelet op het voorgaande onderzoek naar de belangen van concordante zorg. Binnen de toepassing van de non-discriminatiewetgeving moet er ruimte bestaan voor uitzonderingen, specifiek die van positieve actie. Men zou in bepaalde gevallen immers kunnen beargumenteren dat het verzoek om concordante zorg een maatregel van positieve actie uitmaakt, die bestaande ongelijkheden in de gezondheidszorg tracht recht te trekken. Wanneer een zwarte patiënt vraagt om een zwarte zorgverlener zou dit dan geen discriminatie uitmaken wegens de ongelijke behandeling waarmee zwarte patiënten kampen in de zorgsector. Omgekeerd wordt er geen enkele ongelijkheid rechtgetrokken wanneer een bejaarde patiënt weigert gewassen te worden door een moslima verpleegster. Dit onderscheid in behandeling naargelang de situatie wordt door het Grondwettelijk Hof niet toegestaan, waardoor elke zorgverlener, elke patiënt en alle beweegredenen over eenzelfde kam worden geschoren.

Positieve actie en concordante zorg

(a) Begrip positieve actie

Eerder werd het begrip “positieve actie” vermeld om het verzoek om concordante zorg te benoemen wanneer het bepaalde ongelijkheden in de gezondheidszorg kan rechttrekken. Een positieve actie kan men omschrijven als “de groep van maatregelen die de ambitie heeft de groepsvertegenwoordiging in een bepaalde omgeving te veranderen” (De Vos, 2008, 302). Dit kan zich vertalen in verschillende soorten maatregelen die gericht kunnen zijn op enerzijds het creëren van gelijke kansen en anderzijds het garanderen van gelijke resultaten. Pas wanneer er aan de achtergestelde groep iets wordt gegeven dat niet aan de niet-achtergestelde groep wordt gegeven, is er sprake van positieve discriminatie (Foubert, 2010, 72). Een rapport van 2009 van de Europese Unie definieert positieve actie als “consisting of proportionate measures undertaken with the purpose of achieving full and effective equality in practice for members of groups that are socially or economically disadvantaged, or otherwise face the consequences of past or present discrimination or disadvantage” (“International perspectives on positive action measures”, 2009, 62).

Er bestaan verschillende manieren om positieve actie te benaderen. Een eerste visie is eerder restrictief en bekijkt positieve acties als een uitzondering op het

discriminatieverbod. Het gelijkheidsbeginsel moet hierbij wijken voor een hoger maatschappelijk doel, namelijk het wegwerken van maatschappelijke achterstellingen. Positieve acties zijn dan maatregelen die erop gericht zijn de ongelijkheden geleden door achtergestelde groepen te verminderen, op te heffen of te compenseren zodat deze groep ten volle kan participeren aan het maatschappelijk leven. Het onevenwicht dat bestaat tussen verschillende bevolkingsgroepen wordt als het ware rechtgetrokken door positieve acties. Dit impliceert meteen de tijdelijkheid van dergelijke maatregelen, omdat ze zouden moeten ophouden van zodra het onevenwicht niet meer bestaat. Ongelijkheidsregels zouden dan immers overbodig zijn (Cuypers & Van Vyve, 2010, 7).

Een tweede visie ziet positieve acties niet als een uitzondering van het gelijkheidsbeginsel, maar eerder als de realisatie ervan. Immers, ongelijke gevallen dienen ongelijk behandeld te worden. Positieve acties kunnen in deze zin geen uitzondering vormen op het discriminatieverbod of het gelijkheidsbeginsel. Gelijke kansen en het discriminatieverbod zijn twee kanten van eenzelfde medaille, wat maakt dat het actief creëren van kansen en het maken van een legitiem onderscheid om echte gelijkheid te bereiken geen discriminatie kan uitmaken, en dus ook geen uitzondering kan zijn op het discriminatieverbod. Sterker nog, het discriminatieverbod verplicht tot het nemen van maatregelen om discriminatie te beëindigen en deze maatregelen vormen dan geen ongelijke behandeling, maar zijn juist een garantie dat er geen discriminatie zou optreden (Cuypers & Van Vyve, 2010, 8).

Deze laatste visie verdient volgens mij bijval en ook het Europees Hof voor de Rechten van de Mens lijkt deze mening te delen. In de zaken *Stec e.a. tegen het Verenigd Koninkrijk* en *Runkee en White tegen het Verenigd Koninkrijk* besliste het Hof dat het instellen van een verschillende behandeling op basis van geslacht om een sociaal wenselijk doel te bereiken geen schending van het discriminatieverbod uitmaakt (*Stec e.a. t. het Verenigd Koninkrijk*, 2006; *Runkee & White t. het Verenigd Koninkrijk*, 2007). Sterker nog, in bepaalde gevallen schendt het nalaten van dergelijke maatregelen van positieve discriminatie het gelijkheidsbeginsel. De visie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens is dus volledig in lijn met de tweede strekking.

Positieve actie kan niet alleen uitgaan van de overheid of een overheidsinstelling, maar kan ook georganiseerd worden door publieke of private actoren. Het is ziekenhuizen dus mogelijk om positieve acties te organiseren. De doelen achter positieve acties kunnen variëren, maar men kan wel een belangrijk onderscheid maken tussen achteromziende positieve acties, die trachten de voorbije discriminatie te compenseren, en proactieve, vooruitziende positieve acties, die een herverdelende rechtvaardigheid beogen (De Vos, 2008, 303). Bij het toekennen van bepaalde verzoeken om concordante zorg zou het gaan om achteromziende positieve actie. Er zou immers worden tegemoetgekomen aan het wantrouwen van

patiënten veroorzaakt door de discriminatoire geschiedenis binnen de gezondheidszorg.

Het is niet al te moeilijk een voorbeeld te bedenken van positieve actie met repercussies in de gezondheidszorg. Wanneer men er bijvoorbeeld naar streeft om meer personen uit minderheidsgroepen en vrouwen aan te werven in medische opleidingen, zal de diversiteit binnen de medische studentenpopulatie vergroten. Dit heeft dan weer als gevolg dat er een grotere toegang is tot cultureel competente zorg, hetgeen kan leiden tot verbeteringen in de gezondheidstoestand van individuen of gemeenschappen. Een ander, indirect voorbeeld van positieve actie om toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren, zijn inspanningen om de vertegenwoordiging van minderheden in het hoger onderwijs te vergroten. Het inkomenspotentieel en het inkomen van deze groep zou dan toenemen, wat positieve gevolgen zal hebben op de gezondheid van deze personen en hun gezinnen (Dower et al., 1999, 9).

Onderzoek naar het eerste voorbeeld toont aan dat er inderdaad verbanden bestaan tussen positieve actie en de gezondheidstoestand. Zo zou positieve actie kunnen leiden tot betere onderwijskansen voor vrouwen en minderheidsgroepen, wat leidt tot een hogere graad van diversiteit in de gezondheidszorg. De hypothese dat diversiteit in gezondheidszorgberoepen positief gecorreleerd is met een betere toegang tot cultureel aangepaste gezondheidszorg, wordt eveneens ondersteund door dit onderzoek. En juist doordat er sprake is van meer culturele competentie onder de zorgverleners kan de gezondheidstoestand voor patiënten verbeteren (Dower et al., 1999, 11-12).

(b) Toepassing positieve actie op concordante zorg

Nu rijst de vraag hoe we het leerstuk van positieve actie kunnen toepassen op verzoeken om concordante zorg. Eerder werden er een aantal scenario's geschetst waarin er een verzoek om concordante zorg werd geuit door een patiënt. De situaties verschilden naargelang de zorgverlener dan wel de patiënt tot een meerderheids- of minderheidsgroep behoorde en wat de reden was van het verzoek. Het begrip minderheidsgroep wordt hier gebruikt als een algemene term voor alle groepen die slachtoffer zijn van vooroordelen en discriminatie (Meyers, 1984, 8). Vrouwen worden in dit opzicht dus tot een minderheidsgroep gerekend gelet op de sociale ongelijkheden waarmee ze worden geconfronteerd, hoewel ze dit in aantallen niet zijn (Hacker, 1951, 60-69). In dit deel zal de focus liggen op twee verschillende scenario's. In het eerste scenario wenst een patiënt behorend tot een minderheidsgroep een zorgverlener van een meerderheidsgroep te vervangen door een zorgverlener waarmee de patiënt meer belangrijke overeenstemmingen heeft. Men kan daarbij denken aan een zwarte patiënt die vraagt behandeld te worden door een zwarte zorgverlener. In het tweede scenario vraagt een patiënt behorend

tot een meerderheidsgroep om niet behandeld te worden door een zorgverlener van een minderheidsgroep. Hierbij kan men denken aan een witte patiënt die niet door een zwarte zorgverlener, maar uitsluitend door witte zorgverleners behandeld wil worden.

Bij het behandelen van deze scenario's is het belangrijk aandacht te geven aan wie het verzoek doet, aan wie het is gericht en om welke reden. Deze elementen moeten in samenhang worden bekeken om te bepalen of de zorgverlener en patiënt ten opzichte van elkaar tot een minderheidsgroep dan wel tot een meerderheidsgroep behoren. Een witte vrouw die een verzoek uit op basis van huidskleur, behoort met betrekking tot dit persoonskenmerk tot een meerderheidsgroep, namelijk die van witte personen. Dezelfde vrouw die verzoekt om een vrouwelijke zorgverlener in plaats van een mannelijke zorgverlener, behoort ten opzichte van deze zorgverlener met betrekking tot dit persoonskenmerk tot een minderheidsgroep, namelijk die van vrouwen. Vanuit de interpretatie van het gelijkheidsbeginsel door het Grondwettelijk Hof dienen deze scenario's op eenzelfde manier behandeld te worden, en kunnen alle verzoeken van patiënten ingewilligd worden zonder dat dit discriminatie van de zorgverlener uitmaakt. In dit deel zal er echter een andere benadering worden getoetst, namelijk die van de positieve actie. Wanneer men het inwilligen van mogelijk discriminatoire verzoeken niet bekijkt als een ongebreideld recht van de patiënt op vrije artsenuitkeuze, maar eerder als een positieve actie om (verleden) ongelijkheden in de zorg recht te trekken, kan men tot een ander resultaat komen.

Sommige zorgverleners lijken zelf een onderscheid te maken in behandeling van de verschillende scenario's. Volgens een onderzoek uitgevoerd door het *Emergency Medicine Journal* zijn spoeddiensten eerder geneigd verzoeken van patiënten om een bepaalde zorgverlener in te willigen wanneer deze patiënt tot een minderheidsgroep behoort (Benton, 2011, 22). Verzoeken van patiënten kunnen complex zijn en de motieven erachter kunnen voortkomen uit (angst voor) een gebrek aan culturele gevoeligheid van de zorgverlener of taalproblemen. Zo geven zorgverleners in de Verenigde Staten ook aan dat ze gevoeliger zijn voor vragen van Afro-Amerikaanse patiënten dan voor soortgelijke verzoeken van witte patiënten. Als reden wordt aangehaald dat een witte patiënt waarschijnlijk een witte zorgverlener vraagt omwille van racistische opvattingen, terwijl het omgekeerde niet kan worden aangenomen (Benton, 2011, 23). De belangrijkste argumenten voor concordante zorg voor patiënten uit minderheidsgroepen, zoals betere communicatie en meer gezamenlijk gedragen beslissingen, werden eerder uiteengezet. Omgekeerd is het ook mogelijk dat patiënten met een sterke voorkeur voor concordantie waaraan niet wordt voldaan, terughoudend kunnen worden om verdere gezondheidszorg op te zoeken, wat vanzelfsprekend een negatieve impact heeft op hun algemene gezondheid (Blythe & Curlin, 2019, 489). Dit maakt het eens te

meer duidelijk waarom men eerder wel op verzoeken van patiënten uit minderheidsgroepen om concordante zorg zou moeten ingaan.

Vanuit de zorgsector gaan alvast stemmen op dat er een onderscheid dient te worden gemaakt tussen de verzoeken die discriminerend kunnen schijnen maar worden gerechtvaardigd door intieme bezorgdheden, religieuze overtuigingen of culturele behoeften en echte discriminerende verzoeken, gebaseerd op onverdraagzaamheid. Naast morele argumenten om niet aan discriminerende verzoeken te voldoen, is een andere belangrijke reden het emotionele leed dat wordt berokkend aan zorgverleners. Zorgverleners ervaren deze verzoeken als pijnlijk en vernederend, en wanneer deze als legitiem worden beschouwd door de instellingen waar zij zijn tewerkgesteld, worden deze gevoelens versterkt (Taylor, 2020). Bovendien kunnen zorgverleners in hun handelwijze beïnvloed worden. Wanneer een patiënt een racistisch verzoek heeft geuit dat niet ingewilligd wordt, zal de zorgverlener immers met een wrang gevoel aan het ziekenhuisbed staan. De relaties tussen patiënt en zorgverlener zijn afhankelijk van vertrouwen, productieve communicatie, wederzijds respect en samenwerking. De patiënt dient er dus vertrouwen in te hebben dat de zorgverlener het belang van de patiënt voor ogen heeft. Andersom zal de zorgverlener wellicht beter presteren zonder de stress veroorzaakt door een bevooroordeelde patiënt (Taylor, 2020).

De voordelen van concordante zorg die eerder werden aangehaald, zijn niet enkel van toepassing op patiënten uit minderheidsgroepen. Het is belangrijk om te erkennen dat het wel of niet tegemoetkomen aan discriminerende verzoeken ook een impact kan hebben op de gezondheid. Hoewel de voordelen van het inwilligen en de nadelen van het afwijzen van verzoeken om concordante zorg eveneens van toepassing zijn op patiënten van meerderheidsgroepen, is er toch een belangrijke factor die beide scenario's onderscheidt en een verschillende behandeling verantwoordt. Bij de meerderheidsgroep ontbreekt er namelijk een geschiedenis van ongelijke behandeling in de gezondheidszorg. Er zijn bezwaarlijk legitieme redenen voor de patiënten uit de meerderheidsgroep om zorgverleners van een bepaalde sociale groep te wantrouwen. Hoewel het gevoel van comfort bij deze patiënten kan verschillen afhankelijk van de zorgverlener, kunnen de patiënten er objectief gerust in zijn dat aan hun noden wordt voldaan. Patiënten uit minderheidsgroepen hebben dit privilege niet, wat hen in een manifest verschillende positie plaatst. Door het voldoen aan deze verzoeken wordt de ongelijke behandeling van deze groep erkend, en wordt er daarenboven aan tegemoetgekomen. Op basis van de eerder vermelde definities spreekt men van een positieve actie wanneer de maatregel gericht is op het corrigeren van de positie van een benadeelde groep met het oog op het bereiken van effectieve en volledige gelijkheid ("International perspectives on positive action measures", 2009, 62). Gelet op de ongelijkheden waarmee personen uit minderheidsgroepen geconfronteerd worden in de gezondheidszorg, en gelet op de voordelen die concordante zorg met

zich mee kan brengen, lijkt het inderdaad dat het voldoen aan deze verzoeken een maatregel van positieve actie uitmaakt.

Waarom zou men echter kiezen voor het louter toestaan van verzoeken die positieve actie uitmaken boven het huidige Belgische systeem waarbij elk verzoek om concordante zorg kan worden ingewilligd? Gelet op de huidige interpretatie van het Grondwettelijk Hof zouden immers zowel de verzoeken van minderheids-groepen als die van meerderheidsgroepen toegekend kunnen worden, zonder dat dit ooit discriminatie van de zorgverlener kan uitmaken. Het gaat dan om de vraag waarom men een moralistische visie van het discriminatieverbod zou verkiezen boven een pragmatische visie.

Weinig kenmerken zijn belangrijker voor iemands identiteit dan cultuur, etniciteit, gender en ras. De uiting van onverdraagzame verzoeken zijn fundamenteel discriminerend en zonder twijfel kwetsend voor zorgverleners. Daarenboven zijn zorgverleners vaak niet voorbereid op vernederende confrontaties met patiënten, hoewel zorginstellingen de verantwoordelijkheid hebben om zorgverleners hierop voor te bereiden (Brady, 2014, 239-240; Sahai, 2013, 228). Wanneer men deze verzoeken vervolgens inwilligt en institutioneel legitimeert door de zorgverlener geen mogelijkheid te geven dit aan te kaarten, geeft het de boodschap dat discriminatie aanvaardbaar is zolang het uitgaat van een persoon die medische zorg behoeft. Door het verzoek van de patiënt te legitimeren, wordt het gedrag van de patiënt als het ware goedgekeurd, wat kwetsend is voor de zorgverlener (Kueakomoldej, 2018, 11). Om zorgverleners een degelijke bescherming te bieden tegen discriminatie zou elk geval individueel moeten kunnen worden bekeken. Met andere woorden zou een *in concreto* beoordeling mogelijk moeten zijn, in tegenstelling tot het vooraf categoriaal uitsluiten van zorgverleners van het toepassingsgebied van de discriminatiewetgeving. Het hanteren van een uitgebreider non-discriminatiebeginsel met uitzonderingen van positieve actie, wil niet noodzakelijk zeggen dat de verzoeken die duidelijk gestoeld zijn op discriminatoire motieven, niet mogen worden toegekend. Wel biedt de visie van positieve actie de mogelijkheid aan de zorgverlener om achteraf met de zaak naar de rechter te stappen, hetgeen in de huidige visie op de discriminatiewetgeving niet mogelijk is.

Verder zou het nauwgezet onderzoeken van de wensen van patiënten en de achterliggende redenen ervan, plaats kunnen maken voor meer culturele competentie. Culturele competentie kan men onder meer definiëren als “het vermogen van het gezondheidssysteem om de gezondheid van consumenten te verbeteren door cultuur te integreren in de verlening van gezondheidsdiensten” (NHMRC, 2006, 7). Ook kan culturele competentie gedefinieerd worden als “de complexe integratie van kennis, attitudes en vaardigheden die interculturele communicatie en effectieve interacties met anderen verbeteren” (Henderson et al., 2018, 2). Doordat patiënten geen carte blanche meer wordt gegeven in het kiezen van de zorgverlener worden zorgverleners zich bewuster van de specifieke noden van be-

paalde groepen. Zorgverleners zullen immers meer in dialoog treden met de patiënt om hun beweegredenen te achterhalen, wat de eigen vaardigheden in het omgaan met patiënten uit verschillende culturen zou kunnen verbeteren. Ook kan dit systeem een aansporing zijn om in te zetten op het onderwijzen van culturele competentie, zodat zorgverleners beter worden voorbereid op het beoordelen van cultureel geladen situaties. Bovendien zijn niet alle situaties waarin twijfelachtige verzoeken worden geuit zwart op wit te beoordelen. Zo kan men denken aan discriminerende verzoeken vanuit traumatiserende ervaringen. De omgang met zulke verzoeken moet dus altijd afhangen van de specifieke kenmerken van de patiënt, de medische omstandigheden, de aard van het discriminerende gedrag en de redenen ervan, voor zover deze redelijkerwijs kunnen worden vastgesteld. Het moet zorgverleners worden toegestaan volgens hun oordeel te beslissen welke stappen er moeten worden ondernomen (Sokol, 2019, 1). Het zijn immers de zorgverleners die het best geplaatst zijn om rekening houdend met alle elementen van de situatie de consequenties in te schatten van het al dan niet respecteren van het verzoek van de patiënt. Wanneer het verzoek bijvoorbeeld haatdragend is, kan het zijn dat het met het oog op de zorgrelatie en het welzijn van de zorgverlener beter is om er toch aan te voldoen, ook al zou het verzoek in de hypothese van dit artikel juridisch gezien discriminatie uitmaken. Gelet op het structureel racisme dat in de gezondheidszorg aanwezig is, lijkt het mijns inziens ook aangewezen beslissingen over deze verzoeken steeds in overleg te maken. Zo zou een vooringenomen zorgverlener niet alleen kunnen beslissen om niet aan bepaalde verzoeken te voldoen.

De nadelen van dit systeem mogen echter niet over het hoofd gezien worden. Hoewel onverdraagzame verzoeken sterk te betreuren vallen, is dit nog steeds waar de patiënt zich het meest comfortabel bij voelt. Het niet voldoen aan zulke verzoeken kan, zoals eerder vermeld, tot een verzuring van de zorgverlener-patiënt relatie leiden, wat een negatieve weerslag kan hebben op de kwaliteit van de zorg (Fallon et al., 2015). Terwijl er bij de patiënt sprake kan zijn van slechte medewerking, ongemak, en stroeve communicatie, kan de zorgverlener lijden onder negatieve gevoelens zoals emotionele stress (Kueakomoldej, 2018, 11). Dit wil echter niet zeggen dat het voldoen aan zulke verzoeken een vlotte werking niet in de weg kan staan. Zich aanpassen aan het discriminerende gedrag van de patiënt kan een negatieve invloed hebben op de efficiëntie van de zorgverlening, de duur van het verblijf en het moreel van het personeel. Wijzigingen in de planning en zorgverleningsprocessen van een organisatie kunnen bovendien de veiligheid van de patiënt in gevaar brengen. In dit opzicht bevelen ethici en juristen in de Verenigde Staten aan om racistische verzoeken af te wijzen, omdat patiënten weliswaar het recht hebben om medische behandelingen te weigeren, maar niet om een bepaalde soort behandeling te eisen wanneer het verzoek voortkomt uit haat (Brady, 2014, 241).

Conclusie

Het is duidelijk dat de discussie rond het wel of niet inwilligen van verzoeken om concordante zorg erg beladen is. Het gelijkheidsbeginsel, zoals ingevuld door het Grondwettelijk Hof, belet geen enkel type van verzoeken, waardoor de patiënt een ongebreideld recht op vrije artskeuze geniet. Zorgverleners kunnen zich in geen geval beroepen op één van de discriminatiewetten tegenover patiënten, wat ervoor zorgt dat onverdraagzame verzoeken als het ware worden gelegitimeerd onder het mom van de bescherming van de “zwakkere partij”, namelijk de patiënt. Dit artikel toont echter aan dat deze visie onterecht geen rekening houdt met de sociale werkelijkheid, waarbij het de personen uit achtergestelde groepen zijn die bijzonder beschermd zouden moeten worden door het gelijkheidsbeginsel, aan welke kant van het ziekenhuisbed ze zich dan ook mogen bevinden.

In dit artikel wordt gepleit voor een visie op het gelijkheidsbeginsel die strenger is voor het toelaten van ongelijke behandelingen. Er zou gestreefd moeten worden naar een systeem waarin enkel uitzonderingen op het gelijkheidsbeginsel worden toegelaten wanneer ze een maatregel van positieve actie uitmaken, hetgeen een *in concreto* behandeling noodzakelijk maakt. Gelet op de ongelijkheden waarmee bepaalde groepen worden geconfronteerd binnen de zorgsector, en mede gelet op de manier waarop concordante zorg dit lijkt recht te trekken, zou men kunnen concluderen dat het toekennen van concordante zorg in bepaalde gevallen een maatregel van positieve actie uitmaakt. Deze gevallen zouden dan een uitzondering op het gelijkheidsbeginsel vormen, waardoor er aan deze verzoeken zou moeten worden tegemoetgekomen. Verzoeken die geen maatregel van positieve actie uitmaken, worden dan als een niet-legitieme schending van het gelijkheidsbeginsel beschouwd waartegen rechtsmiddelen kunnen worden aangewend. Natuurlijk staat het openstaan van rechtsmiddelen tegen ongeldige verzoeken, er niet aan in de weg dat deze verzoeken nog steeds kunnen worden ingewilligd, indien dit volgens de zorgverleners aangewezen lijkt. Deze aanpak geeft de boodschap dat onverdraagzaam gedrag in de gezondheidssector niet wordt getolereerd en dat zorgverleners uit minderheidsgroepen worden gesteund, zonder afbreuk te doen aan de rechten van de patiënt.

Bibliografie

- Aldeen, Amer Z. 2007. “Commentary: The Muslim Ethical Tradition and Emergent Medical Care: An Uneasy Fit.” *Academic Emergency Medicine* 14(3):277-8.
- Anstley, Kyle, en Wright, Linda. 2013. “Responding to discriminatory requests for a different healthcare provider.” *Nursing Ethics* 21(1):86-96.

- Australian Government, National Health and Medical Research Council. 2006. *Cultural competence in health: A guide for policy, partnerships and participation*. Canberra, ACT: National Health and Medical Research Council.
- Bloomberg, Michael R., Wayne A.I. Frederick, David M. Carlisle, Valerie Montgomery Rice, en James Heldreth. 2020. "Opinion: To save Black lives, we need more Black doctors." *CNN*, 3 september.
- Blythe, Jacob A., en Farr A. Curlin. 2019. "How should physicians respond to patient requests for religious concordance?" *AMA Journal of Ethics* 21(6):E485-92.
- Bogaert, Linda. 2008. "Een mannelijke gynaecoloog voor een muslima." <https://users.ugent.be/~hdeley/bogaert/bogaert38.htm#2.2>.
- Brady, Joni M. 2014. "The Racist Patient—Revisited." *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29(3):239-41.
- Chipidza, Fallon E., Rachel S. Wallwork, en Theodore A. Stern. 2015. "Impact of The Doctor-Patient Relationship." *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 17(5), doi:10.4088/pcc.15m01840.
- Chen, Frederick M., George E. Fryer, Jr, Robert L. Phillips, Jr, Elisabeth Wilson, en Donald E. Pathman. 2005. "Patients' beliefs about racism, preferences for physician race, and satisfaction with care." *Annals of Family Medicine* 3(2):138-43.
- Cooper, Lisa A., Debra L. Roter, Rachel L. Johnson, Daniel E. Ford, Donald M. Steinwachs, en Neil R. Powe. 2003. "Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race." *Annals of Internal Medicine* 139(11):907-15.
- Cooper, Lisa A., Powe, Neil R. 2004. "Disparities in patient experiences, health care processes, and outcomes: the role of patient-provider racial, ethnic, and language concordance." *Johns Hopkins University*, 1-24.
- Davis, I. Jean, C. Perry Brown, Felicity Allen, Trevont Davis, en David Waldron. 1995. "African-American myths and health care: The sociocultural theory." *Journal of the National Medical Association* 87(11):791-4.
- Delbeke, Evelien. 2012. "Het recht op vrije keuze van gezondheidsvoorziening." *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 218-23.
- Dewallens, Filip, en Paul Schoukens. 2014. "Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar." In *Handboek Gezondheidsrecht Volume II*, red. Filip Dewallens, en Thierry Vansweevelt, 311-30. Antwerpen: Intersentia.
- De Vos, Marc. 2008. "Positieve actie en positieve discriminatie in het Europese en Belgische discriminatierecht." In *De nieuwe federale antidiscriminatiewetten – Les nouvelles lois luttant contre la discrimination*, red. Christian Bayart, Stefan Sottiaux, en Sébastien Van Drooghenbroeck, 297-332. Brussel: die Keure-La Charte.
- Dower, Catherine, Gale Berkowitz, Kevin Grumbach, en Carrie Wong. 1994. *From Affirmative Action to Health: A Critical Appraisal of the Literature Regarding the Impact of Affirmative Action*. San Francisco: UCSF Center for the Health Professions and UCSF Institute for Health Policy Studies.
- Duk, Weird. 2007. "Man of vrouw, Er is geen verschil." <https://www.nd.nl/nieuws/nederland/662636/man-of-vrouw-er-is-geen-verschil>.

- Ehman, John. 2007. "Religious Diversity: Practical Points for Health Care Providers." https://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/diversity_points.html.
- Elstins-Tromp, N. 2016. "Vooroordelen over pijnbeleving bij verschillende huidskleuren." *Solk*, 1 november.
- Feagin, Joe, en Zinobia Bennefield. 2014. "Systemic Racism and U.S. Health Care." *Social Science & Medicine* 103:7-14.
- Flanders-Stepans, Mary Beth. 2000. "Birthing Briefs: Alarming Racial Differences in Maternal Mortality." *Journal of Perinatal Education* 9(2):50-1.
- Foubert, Petra. 2010. "De juridische rechtvaardiging van positieve discriminatie." In *Positieve actie tussen Europese criteria en Vlaamse toepassingen*, red. Cuypers, Daniël, Mieke Van Cotthem, en Cathy Van Vyve, 69-86. Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Fryer, Roland G., en Glenn C. Loury. 2005. "Affirmative Action and Its Mythology." *Journal of Economic Perspectives* 19(3):147-162.
- Garran, Ann Marie, en Birthe Marie Rasmussen. 2019. "How Should Organizations Respond to Racism Against Health Care Workers?" *AMA Journal of Ethics* 21(6):E499-504.
- Greenwood, Brad N., Seth Carnahan, en Laura Huang. 2018. "Patient-Physician Gender Concordance and Increased Mortality Among Female Heart Attack Patients." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 115(34):8569-74.
- Hacker, H.M. 1951. "Women as a Minority Group." *Social Forces* 30(1):60-9.
- Hasnain, Memoona, Karen J. Connell, Usha Menon, en Patrick A. Tranmer. 2011. "Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives." *Journal of Women's Health* 20(1):73-83.
- Henderson, Saras, Maria Horne, Ruth Hills, en Elizabeth Kendall. 2018. "Cultural Competence in Healthcare in the Community: A Concept Analysis." *Health & Social Care in the Community* 26(4):590-603.
- Hoffman, Kelly M., Sophie Trawalter, Jordan R. Axt, en M. Norman Oliver. 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* 113(16):4296-301.
- Hostetter, Martha, en Sarah Klein. 2021. "Understanding and Ameliorating Medical Mistrust Among Black Americans." *The Commonwealth Fund*, 14 januari.
- Kueakomoldej, Supakorn. 2018. "The Cure for the Racist Patient?" *American Journal of Nursing* 118(11):11.
- Kooy, Hannah. 2019. "Gender en gezondheid: pleit voor een ongelijke behandeling." *De Groene Amsterdammer*, 10 april.
- LaVeist, Thomas A., en Amani Nuru-Jeter. 2002. "Is Doctor-Patient Race Concordance Associated with Greater Satisfaction with Care?" *Journal of Health and Social Behavior* 43(3):296-306.
- Lemmens, Christophe. 2020. "Beding van aanwijzing en uitvoering beroepsbeoefenaar." In *Medische Dienstcontracten*, red. Vincent Sagaert, 33-42. Mortsel: Intersentia.
- Love, Shayla. 2018. "Race isn't supposed to matter in the ER, but it does." *Vice*, 8 januari.

- Meyers, Barton. 1984. "Thematic Issue on Minorities and Social Movements || Minority Group: An Ideological Formulation." *Social Problems* 32(1):1-15.
- Nys, Herman. 2002. "De wet betreffende de rechten van de patiënt." *Rechtskundig Weekblad* 29:1121-33.
- Parker-Pope, Tara. 2018. "Should you choose a female doctor?", *New York Times*, 14 augustus.
- Paul-Emile, Kimani. 2016. "Dealing with racist patients." *The New England Journal of Medicine* 374:708-11.
- Paul-Emile, Kimani. 2012. "Patients' racial preferences and the medical culture of accommodation." *UCLA Law Review* 462-504.
- Peek, Monica, Bernard Lo, en Alicia Fernandez. 2017 "How should physicians respond when patients distrust them because of their gender?" *AMA Journal of Ethics* 19(4):332-9.
- Rimmer, Abi. 2020. "NHS Trusts Are given New Powers to Bar Racist Patients." *British Medical Journal*, 368:m644.
- Sabin, Janice A. 2020. "How we fail black patients in pain." *Association of American Medical Colleges*, 6 januari.
- Sahai, Sunil K. 2013. "The Racist Patient." *Annals of Internal Medicine* 159(3):227.
- Sini, Rozina. 2017. "Publisher apologises for 'racist' text in medical book." *BBC*, 20 oktober.
- Sokol, Daniel. 2019. "Dealing Fairly with Racist Patients." *British Medical Journal* 367:l6575.
- Sorensen, J., Norredam, M., Suurmond, J., Carter-Pokras, O., Garcia-Ramirez, M., Krasnik, A. 2019, "Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities." *BMC Med Educ.* 19:21.
- Spataro, Joanne. 2018. "Doctors Don't Always Believe You When You're a Black Woman." *Vice*, 2 februari.
- Taylor, Ben. 2020. "Should We Accommodate Discriminatory Requests from Patients?" *PCE*, 7 januari.
- Tello, Monique. 2017. "Racism and Discrimination in Health Care: Providers and Patients." *Harvard Health Blog*, 12 januari.
- Van den Brink, Rinke. 2019. "Meer aandacht nodig voor 'niet-witte' ziekten." *NOS*, 5 september.
- Vrielinck, Jogchum, en Dajo De Prins. 2009. "Die Wiederkehr des Gleichen. Het Grondwettelijk Hof en de (federale) discriminatiewetgeving." *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen & Publiekrecht* 579-614.
- Williams, David R., en Selina A. Mohammed. 2008. "Discrimination and Racial Disparities in Health: Evidence and Needed Research." *Journal of Behavioral Medicine* 32(1):20-47.
- Williams, David R., en Fitzhugh Mullan. 2017. "Why We Need More Black Doctors." *STAT*, 16 januari.
- Wilson, Mark. 2020. "Medical Textbooks Are Designed to Diagnose White People. This Student Wants to Change That." *Fast Company*, 16 juli.

“New AMA Policy recognizes racism as a public health threat.” *American Medical Association*, 16 november 2020.

--

Europees Hof voor de Rechten van de Mens 12 april 2006, *Stec e.a. t. het Verenigd Koninkrijk*, nr. 65731/01 & 65900/01.

Europees Hof voor de Rechten van de Mens 10 mei 2007, *Runkee & White t. het Verenigd Koninkrijk*, nr. 42949/98.

GwH 12 februari 2009, nr. 17/2009, *A. GrwH* 1:291.