

Dank voor het downloaden van dit artikel. Dit artikel is gepubliceerd in tijdschrift *Gedragstherapie* volgens het Gold Open Access-model.

© 2026 De auteur(s). De auteur(s) behouden het auteursrecht op dit artikel.

Dit artikel wordt verspreid onder de voorwaarden van de Creative Commons Naamsvermelding-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationale licentie (CC BY-ND 4.0). Deze licentie staat toe dat het artikel vrij wordt gelezen, gedownload, gedeeld en verder verspreid, ook voor commerciële doeleinden, mits de oorspronkelijke auteur(s), titel, bron en publicatiegegevens correct worden vermeld en het artikel ongewijzigd wordt verspreid. Het maken en verspreiden van bewerkte versies, vertalingen of andere afgeleide werken is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).



Tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Koninklijke Boom Uitgevers in samenwerking met de Stichting voor Gedragstherapie.

Boom

Bias in behandelattitude bij cliënten met een migratieachtergrond?

Een pilot study onder (voornamelijk CGT-georiënteerde) zorgprofessionals

► JEROEN KNIPSCHER, PIETER VERHOEFF, NOREIDA EL KADDOURI,
ROALD MENSING & ROY VAN ZON

Samenvatting Aannamen van zorgprofessionals over cliënten met een migratieachtergrond kunnen hun behandelattitude beïnvloeden en tot ongelijkheid in behandelingen leiden. In een crosssectionele studie onder zorgprofessionals (met name cognitief gedragstherapeuten) is een vignetenexperiment uitgevoerd naar verschillen in attitude ten opzichte van cliënten met en zonder migratieachtergrond. Respondenten (N = 144) rapporteren meer therapiebelemmerende attitudes ten opzichte van cliënten met een migratieachtergrond. In het bijzonder waren verwachtingen over de kwaliteit van de therapeutische relatie lager en werd aangenomen dat deze cliënten hun problemen meer toeschrijven aan bovennatuurlijke oorzaken of contextuele factoren. Daarnaast geven respondenten aan meer angst en zorgen te ervaren in het contact met deze doelgroep. Zorgprofessionals kunnen cliënten met een migratieachtergrond als afwijkend van de norm beschouwen. Om dit proces van *othering* te voorkomen, is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de aanwezigheid van hun vooringenomenheid. Trainingen kunnen bewustzijn van stereotiepe houdingen vergroten, om zo dergelijke attitudes te corrigeren.

TREFWOORDEN — *behandelattitude, bias, vluchtelingen, cliënten met een migratieachtergrond*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Zorgprofessionals kunnen cliënten met een migratieachtergrond als afwijkend van de norm beschouwen; een dergelijke bias in behandelattitude kan leiden tot ongelijkheid in benadering en de behandeling negatief beïnvloeden.

© Jeroen Knipscheer, Pieter Verhoeff, Noreida El Kaddouri, Roald Mensing & Roy van Zon. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

- Bewustwording van mogelijk aanwezige aannamen is essentieel voor verbetering van de behandelkwaliteit.
- Cultuursensitieve training, en systematische aandacht in supervisie en intervisie kunnen zorgprofessionals alert houden op mogelijke bias en bieden kans op adequate reactievorming.

Inleiding

Mensen maken onbewust onderscheid tussen personen op basis van hun fysieke of sociale kenmerken, zoals geslacht, huidskleur, lichaamsgewicht, seksuele oriëntatie of leeftijd. Impliciete bias (vooringenomenheid) verwijst naar de automatische en onbewuste associaties die individuen kunnen vormen over sociale groepen. Deze associaties kunnen attitudes, oordelen en gedrag beïnvloeden (Greenwald & Krieger, 2006). Wanneer onbewuste associaties overeenkomen met negatieve stereotypen, kunnen ze leiden tot vooroordelen en handelingen die bijdragen aan systematische discriminatie (Dovidio et al., 2002), ondanks de bewuste intentie om eerlijk te handelen (Payne & Vuletich, 2017). Deze vooroordelen worden onder meer gevormd door maatschappelijke normen, mediabeelden en culturele ervaringen. Bovendien kan de herhaalde uiting van dergelijke vooroordelen de onderliggende impliciete bias versterken, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat tussen de twee processen. Ondanks kritische kanttekeningen bij het onderzoek

Impliciete bias beïnvloedt behandelrelaties

naar impliciete vooroordelen – zo zou de psychometrische basis van het veelgebruikte instrument de Impliciete Associatie Test (IAT) niet sterk zijn en vormt context een belangrijke factor bij de interpretatie van bevindingen (Asma, 2024) – heeft systematisch literatuuronderzoek aangetoond dat impliciete bias een cruciale rol speelt bij de vorming en instandhouding van vooroordelen, en wel door stereotypen te versterken

en bij te dragen aan ongelijke behandeling in verschillende sociale domeinen, waaronder gezondheidszorg en onderwijs (Hall et al., 2015).

Zo laat onderzoek zien dat vooroordelen en stereotypen bij zorgverleners kunnen leiden tot ongelijke behandeling van bepaalde cliëntengroepen (Maina et al., 2018). Dit type onderzoek, vooral verricht in de VS en met name binnen de medische sector, wijst op negatieve stereotypen en vooroordelen over minderheidsgroepen die zorg ontvangen, zoals racistische overtuigingen of gevoelens (zie bijvoorbeeld: FitzGerald & Hurst, 2017; Paradies et al., 2014). Dit is ook in Nederland in diverse onderzoeken (met name onder medisch personeel) gesignaleerd (van Loenen et al., 2022). In Duitsland is onderzoek naar de therapeutische attitude specifiek onder professionals in de ggz verricht met gebruikmaking van vignetten (Dumke & Neuner, 2022). Professionals bleken meer zogenaamde therapiebelemmerende attitudes te hebben tegenover cliënten met een migratie-

achtergrond dan tegenover cliënten zonder een dergelijke achtergrond. De attitudes werden gekenmerkt door verminderd vertrouwen in de therapie, specifieke emotionele aspecten (zoals angst om de cliënt te beschadigen) en een geringere intentie om de cliënt zelf te behandelen. Een dergelijke attitude kan behandeladviezen en -beslissingen, verwachtingen ten aanzien van therapeutische relaties, maar ook de mate van empathie negatief beïnvloeden (zie bijvoorbeeld: Hamed et al., 2022; Maina et al., 2018). Hierbij valt te denken aan een onbewust andere bejegening van cliënten en andere (onjuiste) verwachtingen over hen, bijvoorbeeld de aanname dat mensen minder coöperatief zouden zijn of minder therapietrouw.

In de therapeutische attitude kunnen cognitieve, affectieve en gedragsmatige componenten worden onderscheiden. Een cognitieve component kan bijvoorbeeld stereotiepe opvattingen over bepaalde groepen omvatten. Wanneer stereotypen lijken te worden bevestigd, kunnen ze leiden tot affectieve reacties, zoals angst of negatieve vooroordelen, en uiteindelijk tot gedragsreacties, zoals discriminatie (Angermeyer & Matschinger, 2003; Corrigan et al., 2003; Rüsch et al., 2005). Een discriminerende houding kan samenhangen met slechtere interacties tussen cliënt en zorgverlener, meer inadequate behandelbeslissingen (zoals disproportioneel vaak doorsturen of afwijzen), minder therapietrouw en uiteindelijk minder verbetering van gezondheid voor cliënten (Drewniak et al., 2017; Hall et al., 2015; zie ook: Cooper et al., 2012).

Opvattingen en overtuigingen van de therapeut bepalen dus diens attitude, kleuren de interactie en kunnen zo een adequate behandeling in de weg staan (Constantine, 2007). Ook kunnen therapeuten zorgen hebben of ze deze cliënten wel goed kunnen behandelen, wat therapiebelemmerend kan werken. Overigens zijn zorgverleners zich vaak niet bewust hoe zij onbedoeld cliënten anders behandelen vanwege hun etnische achtergrond en/of huidskleur (Edgoose et al., 2019).

Teneinde meer zicht te krijgen op het risico dat cliënten met een migratieachtergrond minder effectief worden behandeld in de ggz vanwege de aanwezigheid van specifieke attitudes onder zorgprofessionals, is een replicatiestudie uitgevoerd van het eerder genoemde onderzoek van Dumke en Neuner (2022). In deze studie kregen therapeuten drie vignetten voorgelegd van cliënten met een identieke symptoombeschrijving, maar met een verschil in achtergrond: [1] de cliënt had geen migratieachtergrond, [2] de cliënt was afkomstig uit het Midden-Oosten, of [3] de cliënt was afkomstig uit Oost-Europa.

Methode

Design Deze studie kent een experimenteel, crossectioneel onderzoeksdesign, waarbij gebruik is gemaakt van vignetten met verschillende cliëntachtergronden.

Procedure De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van een online vragenlijst die is uitgezet van 7 november tot 2 december 2024. Bij bereidheid tot participatie kon de deelnemer de vragenlijst bereiken via een link of een QR-code. De vragenlijst is geconstrueerd en verspreid met de hiervoor geschikte software van Qualtrics (Rea et al., 2022). Om zorgprofessionals te werven, zijn drie verschillende strategieën van respondenteninclusie ingezet: [1] online via websites van de beroepsverenigingen (te weten het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT) en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)), [2] via persoonlijke netwerken van de auteurs (via LinkedIn), en [3] fysiek (tijdens het najaarscongres 2024 van de VGCT).

Respondenten In totaal is de vragenlijst 256 keer ingevuld. Van de initieel ingevulde lijsten bleken er 112 (44%) onbruikbaar. Reden hiervoor was onder meer dat er geen *informed consent* verkregen was of dat minder dan 90% van de vragen op de lijst was ingevuld. De uiteindelijke steekproef bestaat uit 144 zorgprofessionals. De meerderheid van de respondenten ($n = 126$; 87,5%) identificeerde zich als vrouw. De gemiddelde leeftijd van de participanten is afgerond 41 jaar ($SD = 10,23$). De grootste beroepsgroepen betreffen gz-psychologen ($n = 54$; 37,5%) en klinisch psychologen ($n = 27$; 18,8%). Een vijfde ($n = 28$; 19,4%) van de respondenten heeft een migratieachtergrond; de meest gerapporteerde regio's van herkomst waren Oost-Europa ($n = 7$), Noord-Afrika ($n = 6$), en Zuid- en Midden-Amerika ($n = 5$). De online wervingsmethode leverde 32% van de totale respons op ($n = 46$); de benadering op het najaarscongres 2024 van de VGCT leidde tot 68% van de respondenten ($n = 98$). Er waren geen verdere in- of exclusiecriteria.

Experimentale manipulatie Het vignet kende drie varianten: de symptombeschrijving van de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) was steeds identiek, maar de achtergrond van de cliënt verschilde. In vignet 1 werd een cliënt met een culturele achtergrond uit het Midden-Oosten beschreven, in vignet 2 een cliënt zonder migratieachtergrond, en in vignet 3 een cliënt met een Oost-Europese achtergrond (zie kader). Respondenten kregen aselekt één vignet toegewezen. Omdat de respondent geen kennis had van de andere vignetten, is de kans op sociaal wenselijk antwoorden geminimaliseerd.

Vignetten

Hieronder vindt u de beschrijving van een cliënt. Stelt u zich voor dat u met deze (relatief geringe hoeveelheid) informatie wordt geïnformeerd over een nieuwe casus die naar u is doorverwezen. Probeer u deze cliënt zo levendig mogelijk voor te stellen.

Vignet 1: 'M. Al Bassat is 32 jaar oud. Cliënt kwam 2 jaar geleden als vluchteling uit het Midden-Oosten naar Nederland.'

Vignet 2: 'M. Janssen is 32 jaar oud. Cliënt is sinds geboorte woonachtig in Nederland.'

Vignet 3: 'M. Shevchenko is 32 jaar oud. Cliënt kwam 2 jaar geleden als vluchteling uit Oost-Europa naar Nederland.'

'[...] Sinds ongeveer 2 maanden voelt cliënt zich moe en depressief. 's Nachts wordt cliënt vaak wakker vanwege nachtmerries en heeft dan moeite om weer in slaap te vallen. Cliënt droomt vaak van stressvolle gebeurtenissen uit het persoonlijk verleden. Zonder dat cliënt er iets aan kan doen, blijven er gedurende de dag gedachten aan deze gebeurtenissen in het hoofd komen. Cliënt heeft dan vaak een prikkelbare stemming, is onrustig en nerveus. In de tussentijd blijft cliënt liever thuis, omdat cliënt geen zin heeft om dingen te doen. Bovendien kan cliënt plaatsen en mensen vermijden die cliënt herinneren aan de stressvolle gebeurtenissen.'

Meetinstrumenten De vragenlijst over behandelattitude is gebaseerd op het instrument uit het onderzoek van Dumke en Neuner (2022), en behelst een combinatie van vier veelgebruikte attitudevragenlijsten: Angermeyer & Matschinger (2003), Corrigan en collega's (2003), Eisenbruch (1990), en Hatcher en collega's (2020). Voor de inhoud en psychometrische kwaliteiten van deze schaal verwijzen we naar Dumke en Neuner (2022).

De schaal kent drie componenten – cognitie, affectie en gedrag – en bevat 34 items. De items zijn stellingen waarvan men op een likertschaal kan aangeven in hoeverre men het met de stelling eens is, variërend van 'helemaal niet' tot 'zeer sterk'. Daarnaast zijn vragen opgenomen over demografische en werkgerelateerde kenmerken, zoals het beroep en het referentiekader vanwaaruit de zorgprofessional werkt. De lijst is door de auteurs uit het Duits (heen en weer) vertaald.

Cognitieve component — Onder de cognitieve component vallen vijf dimensies. De interne betrouwbaarheid van deze component is matig (Cronbachs alfa = 0,60). De dimensies zijn achtereenvolgens gelabeld:

- 1 *Perceptie van gevaar*. Drie items. Voorbeelditem: 'Ik zou aannemen dat ik in therapie met cliënt word geconfronteerd met agressief gedrag.'

- 2 *Ziekte-opvattingen*. Negen items. Voorbeelditem over ‘bovennatuurlijke overtuiging’: ‘Ik zou vermoeden dat cliënt de oorsprong van de persoonlijke problemen terugleidt naar het bezit van een geestelijk wezen (bijvoorbeeld een demon of djin).’ Voorbeelditem over ‘contextuele overtuiging’: ‘Ik zou vermoeden dat cliënt de oorsprong van de persoonlijke problemen terugleidt naar discriminatie.’
- 3 *Therapeutische alliantie*. Drie items. Voorbeelditem: ‘Ik zou verwachten dat cliënt en ik in therapie wederzijds vertrouwen opbouwen.’
- 4 *Verantwoordelijkheidsovertuigingen*. Drie items; voorbeelditem: ‘Ik zou denken dat het de eigen schuld is van cliënt dat cliënt in de huidige staat verkeert.’
- 5 *Traumaspesifiek stigma*. Drie items, voorbeelditem: ‘Ik verwacht zeer intense en oncontroleerbare gevoelens te zien bij cliënt.’

Affectieve component — De affectieve component weerspiegelt de emotionele reacties van zorgprofessionals ten opzichte van cliënten op twee dimensies. De interne betrouwbaarheid is matig (Cronbachs alfa = 0,66). De dimensies zijn:

- 1 *Angst*. Zes items. Voorbeelditem: ‘Ik zou bang zijn voor intense emotionele uitingen van de cliënt.’
- 2 *Zorgen*. Drie items. Voorbeelditem: ‘Ik zou me zorgen maken om cliënt.’

Gedragscomponent — De gedragscomponent meet de gedragsintenties van zorgprofessionals (zoals doorverwijzing) en bestaat uit vier items. Een voorbeelditem is: ‘Ik zou cliënt aanbevelen om de mentale symptomen eerst met medicijnen te behandelen.’ De interne betrouwbaarheid is matig (Cronbachs alfa = 0,64).

Data-analyse Alle statistische analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS 29. Om te toetsen of er verschillen zijn in demografische kenmerken tussen de vignetgroepen, zijn chi-kwadrat homogeniteitstoetsen (voor de variabelen geslacht, referentiekader, beroep en migratieachtergrond) en een ANOVA (voor de variabele leeftijd) uitgevoerd. Met behulp van een *two-way* MANOVA is getoetst of er significante verschillen zijn tussen de gemiddelde scores op de verschillende attitudes in de drie condities. Voor het interpreteren van de *effect size* η^2p is 0,01 een klein effect, 0,06 een middelmatig effect en vanaf 0,14 een groot effect. Na het uitvoeren van de MANOVA is een ANOVA uitgevoerd om te toetsen voor welke attitudes er verschillen zijn. Vervolgens zijn er Bonferroni post-hoctoetsen uitgevoerd om de specifieke verschillen tussen de groepen te bepalen.

Resultaten

Demografische achtergrond De resultaten van de chi-kwadraat homogeneïteitstoetsen wijzen erop dat er geen verschillen zijn in respons op de vignetten wat betreft geslacht ($\chi^2 = 4,961$; $p = 0,84$), beroepsgroep ($\chi^2 = 6,26$; $p = 0,995$) en migratieachtergrond ($\chi^2 = 0,56$; $p = 0,967$). Verschillen in leeftijd tussen de vignetgroepen is evenmin significant ($F(2, 141) = 0,71$; $p = 0,493$). Dit betekent dat vrouwen niet anders reageerden dan mannen en leeftijd evenmin van invloed op de scores was. Tevens zijn er geen verschillen in beoordeling van de vignetten tussen gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen, noch tussen zorgprofessionals met en zonder migratieachtergrond.

Attitudes De two-way MANOVA toont een statistisch significant verschil tussen de vignetcondities in attitudes ($V = 0,35$; $F(22, 264) = 2,51$; $p < 0,001$; $\eta^2 p = 0,17$; zie tabel 1). Bij de cognitieve component is de gemiddelde score bij de variant uit het Midden-Oosten op 'therapeutische alliantie' significant hoger dan bij het niet-migratievignet ($F(2, 141) = 3,18$; $p = 0,045$), wat betekent dat men meer problemen verwacht bij het samenwerken in de behandelrelatie met de cliënt uit het Midden-Oosten dan met de cliënt uit het Oost-Europese vignet en die zonder een migratieachtergrond. Op 'ziekte-opvattingen' is zowel bij het Oost-Europese als bij het Midden-Oosten-vignet significant hoger gescoord ($F(2, 141) = 13,55$; $p < 0,001$). Dit wijst op een sterkere veronderstelling onder therapeuten dat zulke cliënten meer bovennatuurlijke (geesten, lot) en contextuele attributies (traumatische ervaringen, gebrek aan perspectief en discriminatie) hanteren ten aanzien van de oorsprong van hun problemen. Wat betreft de affectieve component zijn de scores bij het Midden-Oosten-vignet significant hoger voor 'angst' ($F(2, 141) = 5,79$; $p = 0,004$) en bij beide migratievignetten voor 'zorgen' ($F(2, 141) = 6,35$; $p = 0,002$). Dit houdt in dat therapeuten zelf meer dreiging verwachten in het contact met Midden-Oosterse cliënten, en zich meer zorgen maken over cliënten in beide migratievignetten dan over cliënten zonder migratieachtergrond. Binnen de gedragsmatige component is de gemiddelde score voor het Midden-Oosten-vignet significant hoger bij 'intramurale behandeling' ($F(2, 141) = 3,61$; $p = 0,030$), wat inhoudt dat men bij zulke cliënten sneller een klinische opname zou indiceren dan bij cliënten uit het Oost-Europese vignet en bij die zonder migratieachtergrond.

*Vignetten tonen
duidelijke verschillen
in attitude*

Tabel 1 Attitudes van zorgprofessionals tegenover cliënten met verschillende achtergronden

Attitude	Neder-lands M (SD)	Midden-Oosten M (SD)	Oost-Eu-ropes M (SD)	ANOVA			η^2
				F	df	p	
Cognitieve component							
Perceptie van gevaar	1,82 (0,43)	1,72 (0,62)	1,77 (0,58)	0,46	2	0,629 n.s.	0,007
Therapeutische alliantie	2,36 (0,57)	2,70 (0,69)	2,51 (0,57)	3,18	2	0,045	N < M*
Ziekteopvattingen	2,03 (0,45)	2,42 (0,44)	2,38 (0,41)	13,55	2	< 0,001	N < M*** O***
Verantwoordelijkheid overtuigingen	2,14 (0,43)	2,12 (0,48)	2,04 (0,45)	0,74	2	0,478 n.s.	0,010
Traumaspecifiek stigma	2,13 (0,56)	2,28 (0,80)	2,36 (0,78)	1,21	2	0,303 n.s.	0,017
Affectieve component							
Angst	1,31 (0,30)	1,59 (0,49)	1,43 (0,40)	5,79	2	0,004	N < M**
Zorgen	2,77 (0,59)	3,15 (0,48)	3,08 (0,64)	6,35	2	0,002	N < M** O*
Gedragscomponent							
Niet toelaten cliënt	1,83 (0,71)	1,85 (0,70)	1,85 (0,84)	0,01	2	0,988 n.s.	0,000
Doorsturen collega	2,52 (1,21)	2,77 (1,17)	2,61 (1,04)	0,60	2	0,552 n.s.	0,008
Intramurale behandeling	1,46 (0,62)	1,87 (0,91)	1,74 (0,71)	3,61	2	0,30	N < M*
Behandeling medicatie	1,54 (0,84)	1,79 (0,80)	1,72 (0,83)	1,13	2	0,327 n.s.	0,016

Noot. N = Nederlands, M = Midden-Oosten, O = Oost-Europees. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Bonferroni gecorrigeerd.

Discussie

167

Bevindingen Conform verwachting en bevindingen uit eerder onderzoek (Drewniak et al., 2017; Dumke & Neuner, 2022; Hall et al., 2015; Hamed et al., 2022; Maina et al., 2018) rapporteren zorgprofessionals significant meer therapiebelemmerende attitudes wanneer ze een casus van een cliënt met een migratieachtergrond beoordelen dan wanneer ze uitgaan van een cliënt zonder een dergelijke achtergrond. Cliënten uit het Midden-Oosten worden hierbij op meer aspecten negatief beoordeeld dan cliënten uit Oost-Europa. Dit sluit aan bij onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau waarin niet-westerse migranten vaker discriminatie ervaren dan Oost-Europese migranten. De attitude van de respondenten lijkt een bredere trend in de samenleving te weerspiegelen (Andriessen et al., 2020). In het bijzonder zijn zorgprofessionals negatiever over de ontwikkeling van een goede therapeutische relatie en menen zij dat cliënten met een migratieachtergrond hun problemen vaker toeschrijven aan bovennatuurlijke krachten en contextuele factoren (discriminatie of een gebrek aan perspectief). Ook rapporteert men meer zorgen over cliënten met een migratieachtergrond, alsook meer zorgen in de relatie met deze cliënten. Dit betreft zorg over zowel het mogelijk dreigende gedrag van de cliënt tijdens de behandeling, als meer disproportionele gevoelens van medelijden en sympathie. Tevens verwijzen zorgprofessionals cliënten met een migratieachtergrond eerder door naar klinische voorzieningen.

Klinische implicaties Zorgprofessionals in de ggz vormen bij uitstek een beroepsgroep die zich bewust is van het bestaan van impliciete aannamen, bedacht als men is op tegenoverdracht; hierop reflecteren vormt een belangrijke competentie. Het trainen van zorgmedewerkers in de werking van aannamen en welke gevolgen die kunnen hebben, maakt hen meer bewust van hun eigen opvattingen en stereotypen. Dat helpt om meer controle te krijgen over onbewuste en bewuste aannamen, waardoor handelingen en beslissingen minder snel ‘gestuurd’ worden door die vooroordelen. Bewustwording van welke bias men heeft en hoe die mogelijk bijdraagt aan ongelijke behandeling is een belangrijke eerste stap. Dit is niet alleen van belang voor reeds praktiserende zorgverleners, maar zeker ook om aandacht voor te hebben in de beroepsopleidingen (van Moppes et al., 2020).

Vervolgens zou een zowel cultuursensitieve als praktische training therapiebelemmerende attitudes kunnen tegengaan. Het aanbieden van dergelijke trainingen (waar zorgprofessionals onder meer leren zich meer bewust te zijn van hun eigen culturele referentiekader) is in eerder onderzoek positief bevonden voor het verbeteren van de verhouding tussen therapeut en cliënt (Mattar, 2011; Sempértegui et al., 2018). Tevens hebben zorgverleners na een training minder impliciete bias en zijn ze meer gemotiveerd om alert te zijn op hun eigen handelen (Ricks et al., 2021).

Het veranderen van bias is evenwel niet gemakkelijk en kost veel cognitieve ruimte – zeker in een sector waarin de (tijds)druk op professionals al hoog is. Daarom lijkt het beter te erkennen dat er biases zijn en professionals te leren kritisch (en mild) naar zichzelf te kijken (zie ook: van Loenen et al., 2022). Daarnaast is het vergroten van diversiteit in behandelteams een belangrijke manier om meer ruimte in te bouwen voor andere ervaringskennis en visie, om zo scherper in beeld te krijgen waar men mogelijk uitgaat van bepaalde normen.

Beperkingen De bevindingen moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien een aantal beperkingen in het huidige onderzoek. Zo is de steekproef in het huidige onderzoek aanzienlijk kleiner dan die in het onderzoek van Dumke en Neuner (2022), en wel met een ruime factor 10. Dit kan er zowel toe hebben geleid dat effecten zijn uitvergroot als dat kleine effecten onder de radar zijn gebleven. Vervolgens moeten de bevindingen rond de migratieachtergrond van zorgprofessionals met terughoudendheid worden geïnterpreteerd, gezien het geringe aantal zorgprofessionals met een migratieachtergrond in de steekproef ($n = 28$; 19,4%). Dit neemt niet weg dat dit aandeel ook in een grotere steekproef relatief klein kan blijven, omdat er nu eenmaal weinig professionals met een migratieachtergrond in de ggz werken.

Suggesties voor vervolgonderzoek Een grootschalige replicatiestudie zou meer ondersteuning kunnen bieden voor de richting van de samenhang tussen migratieachtergrond en het hanteren van therapiebelemmerende houdingen. Tevens zou een kwalitatief onderzoek meer duidelijkheid kunnen geven over de processen die invloed hebben op de mate van therapiebelemmerende attitudes.

Training kan bias verminderen, maar vraagt inspanning

Conclusie In deze *pilot study* bleek dat zorgprofessionals meer therapie belemmerende houdingen rapporteren wanneer ze een casus met een migratieachtergrond beoordelen. Belangrijk is om dit te onderkennen, er alert op te zijn, het bestaan van vooroordelen transparant te bespreken (in intervisie en supervisie) en de implicaties ervan serieus te nemen, zodat het effect ervan geminimaliseerd kan worden. Probleem daarbij is dat men in de ggz vaak geen taal heeft om over vooroordelen en bias te spreken. Belangrijk is daarom om praten over vooroordelen en culturele tegenoverdracht veel meer te normaliseren.

Jeroen Knipscheer is werkzaam bij de Universiteit Utrecht, bij ARQ Centrum'45 en bij RINO Amsterdam.

Pieter Verhoeff, Noreida El Kaddouri, Roald Mensing en Roy van Zon waren ten tijde van dit onderzoek allen verbonden aan de Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: Jeroen Knipscheer, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht. E-mail: j.w.knipscheer@uu.nl

Summary

Bias in treatment attitude towards clients with a migration background? A pilot study among (primarily CBT-oriented) healthcare professionals

Assumptions made by healthcare professionals regarding clients with a migration background can influence their treatment attitude and lead to inequality in treatments. In a cross-sectional study among healthcare professionals (particularly cognitive behavioral therapists), a vignette experiment was conducted to investigate differences in attitude towards clients with and without a migration background. Respondents (N = 144) report more therapy-impeding attitudes towards clients with a migration background. In particular, expectations regarding the quality of the therapeutic relationship were lower, and it was assumed that such clients attribute their problems more to supernatural causes or contextual factors. Additionally, respondents indicate experiencing more anxiety and worry in contact with this target group. Healthcare professionals may view clients with a migration background as deviating from the norm. To prevent this process of 'othering', it is important that care providers are aware of the presence of their bias. Training can increase awareness of stereotypical attitudes in order to correct such attitudes.

Keywords *treatment attitude, bias, refugees, clients with a migration background*

Referenties

- Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., van der Torre, A., van den Berg, E., Pulles, I., Iedema, J., & de Voogd-Hamelink, M. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). www.scp.nl/documenten/2020/04/02/ervaren-discriminatie-in-nederland-ii
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150>
- Asma, L. (2024). *Blinde vlekken: Hoe impliciete vooroordelen je (mis)leiden*. Boom.
- Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 1-16. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.1>
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *American Journal of Public Health*, 102, 979-987. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300558>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 62-68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.62>
- Drewniak, D., Krones, T., & Wild, V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>
- Dumke, L., & Neuner, F. (2022). Othering refugees: Psychotherapists' attitudes toward patients with and without a refugee background. *Psychotherapy Research*, 33, 654-668. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2150097>
- Edgoose, J., Quiogue, M., & Sidhar, K. (2019). How to identify, understand, and unlearn implicit bias in patient care.

- Family Practice Management*, 26, 29-33. www.nccih.ca/en/publicationsExternalview.aspx?sortcode=2.21.0.0&id=3382
- Eisenbruch, M. (1990). Classification of natural and supernatural causes of mental distress. Development of a mental distress explanatory model questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 712-719. <https://doi.org/10.1097/00005053-199011000-00007>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Greenwald, A. G., & Krieger, L. H. (2006). Implicit bias: Scientific foundations. *California Law Review*, 94, 945. <https://doi.org/10.2307/20439056>
- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 105, e60-e76. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302903>
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: A scoping review. *BMC Public Health*, 22, 988. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenstrom, F. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory – Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30, 706-717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the Implicit Association Test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Mattar, S. (2011). Educating and training the next generations of traumatologists: Development of cultural competencies. *Psychological Trauma Theory Research Practice And Policy*, 3, 258-265. <https://doi.org/10.1037/a0024477>
- Paradies, Y., Truong, M., & Priest, N. (2014). A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *Journal of General Internal Medicine*, 29, 364-387. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2583-1>
- Payne, B. K., & Vuletich, H. A. (2017). Policy insights from advances in implicit bias research. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 5, 49-56. <https://doi.org/10.1177/2372732217746190>
- Rea, A., Marshall, K., & Farrell, D. (2022). Capability of web-based survey software: An empirical review. *American Journal of Business*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.1108/AJB-07-2019-0058>
- Ricks, T. N., Abbyad, C., & Polinard, E. (2021). Undoing racism and mitigating bias among healthcare professionals: Lessons learned during a systematic review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9, 1990-2000. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01137-x>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., & Bekker, M. H. J. (2018). Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders. *Transcultural Psychiatry*, 55, 31-54. <https://doi.org/10.1177/1363461517725224>
- van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Discriminatie en gezondheid*. Pharos.
- van Moppes, N., Schleypen, H., Fichtner, C., Visser, M., & van den Muijsenbergh, M. (2020). Onderzoek naar etnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig. *Huisarts en Wetenschap*, 63, 19-20. <https://doi.org/10.1007/s12445-019-0392-4>