

Inhoud

Inleiding	9
I Gezondheidskloven	19
1 Zwangerschap en geboorte	21
2 Leven en Dood	48
II Racisme in de samenleving	77
3 Systemisch racisme	79
4 Interpersoonlijk racisme	101
5 Colorisme	116
III Racisme in de geneeskunde	137
6 Raciale vooroordelen in de gezondheidszorg	139
7 Geneeskunde op basis van ras	160
IV Hiaten in de gegevens	183
8 De ontbrekende gegevens	185
9 De hiaten in de gegevens dichtten	208
10 De illusie van inclusie	223
Conclusie	239
Dankwoord	247
Belangengroepen en bronnen	251
Noten	255
Register	309

Inleiding

In mijn tienerjaren kreeg ik op een gegeven moment last van lichte pigmentvlekjes op mijn gezicht en armen. Ik was al behoorlijk onzeker en dat werd hierdoor alleen maar erger. De vlekjes gingen gepaard met jeuk, dus nam mijn moeder me mee naar de dokter. De jaren daarna liep ik allerlei specialisten af, onder wie meerdere dermatologen, die me verschillende medicijnen voorschreven, van antibiotica tot antischimmelcrème. Niets hielp. De lichte plekjes op mijn huid bleven niet alleen, maar werden steeds groter en vielen steeds meer op. Ondertussen was ik volwassen geworden en van Nederland, waar ik ben opgegroeid, naar het Verenigd Koninkrijk verhuisd. Ik werkte als biomedisch onderzoeksassistent in Londen toen ik een bijzonder ernstige aanval kreeg en uiteindelijk bij weer een andere dermatoloog belandde. Tegen die tijd had ik al zoveel artsen gezien en zoveel behandelingen geprobeerd dat ik gewend was geraakt aan het idee dat ik wel een zeer zeldzame huidaandoening moest hebben die onmogelijk te diagnosticeren of te behandelen was.

Na een kort gesprek en een huidonderzoek zei de nieuwe dermatoloog dat ik een klassiek geval van atopische dermatitis had – ook wel eczeem genoemd, een van de meest voorkomende huidaandoeningen. Hij had toevallig net als ik een donkerdere huid en vertelde me dat eczeem soms hypopigmentatie (pigmentverlies) veroorzaakt, wat er op een donkerdere huid anders uitziet dan op een lichtere huid. Hij opperde dat de andere – voornamelijk Witte* – artsen die ik in de loop der jaren had bezocht, mijn eczeem mis-

* In dit boek heb ik ervoor gekozen om woorden met een hoofdletter te schrijven als ze verwijzen naar raciale en etnische categorieën: ‘Zwart’, ‘Inheems’, ‘Wit’, enzovoort. Daar zijn een paar redenen voor. Een daarvan is een praktische reden: om onderscheid te maken tussen identiteiten en andersoortige beschrijvingen. Om een voorbeeld te geven: ik identificeer me als Zwart, maar ik zou mijn huidskleur beschrijven als bruin. Ten tweede heb ik gekozen voor consistent hoofdlettergebruik, omdat ik het wel zo eerlijk en consequent vind om alle raciale en etnische identiteiten met een hoofdletter te schrijven. Ik heb

schien niet als zodanig hadden herkend, omdat ze niet gewend waren de symptomen daarvan te zien op een huid als de mijne. Gelukkig zijn er veel behandelingen beschikbaar en hoewel ik nog steeds af en toe last heb van aanvallen, is mijn eczeem grotendeels onder controle en is mijn huidpigment bijna helemaal terug.

Maar de ervaring is me bijgebleven. Ik vroeg me af of er misschien andere medische aandoeningen waren die niet gediagnosticeerd werden bij mensen met een donkere huidskleur, omdat artsen niet getraind zijn om de verschillende manieren te herkennen waarop symptomen zich bij hen kunnen voordoen. Misschien zelfs ernstigere ziekten. Gelukkig was ik niet de enige die zich dat afvroeg.

Malone Mukwende was al van jongs afaan geïnteresseerd in wetenschap, met name in de verschillende manieren waarop ziekte veranderingen in het lichaam kan veroorzaken. Zijn nieuwsgierigheid motiveerde hem om geneeskunde te gaan studeren.¹ Maar tijdens zijn opleiding bij het St George's Hospital aan de Universiteit van Londen zag hij een zorgwekkende trend in de manier waarop geneeskundestudenten werd geleerd om aandoeningen te herkennen en te diagnosticeren. Namelijk dat er in het studiemateriaal geen afbeeldingen stonden die lieten zien hoe symptomen zich kunnen voordoen op een donkerdere huid. 'Het werd me duidelijk dat bepaalde symptomen niet hetzelfde eruit zouden zien op mijn eigen huid,' vertelde Mukwende aan *The Washington Post* in een interview in 2020.² 'Ik wist dat dit een probleem vormde.'

Mukwende besloot er iets aan te doen. Hij besprak zijn zorgen met docenten aan zijn universiteit en samen kwamen ze op het idee om een handboek samen te stellen om artsen te helpen. Het boek, getiteld *Mind the Gap: A Handbook of Clinical Signs in Black and Brown Skin*, is nu gratis te downloaden.³ Het handboek werd geprezen door artsen en onderzoekers, onder wie Patricia Louie, een socioloog aan de Universiteit van Washington die in 2018 aantoonde dat bijna 75 procent van de afbeeldingen in veelgebruikte medische literatuur in de Verenigde Staten lichte huidtinten toonde en minder dan 5 procent een donkere huid. Zelfs in Zuid-Afrika, waar de meerderheid van de

ervoor gekozen om Wit met een hoofdletter 'W' te schrijven, net als bij andere raciale en etnische identiteiten, omdat ik niet geloof dat Witte mensen buiten racialisering en racisme bestaan. Ik ben alleen van deze stijlkeuze afgeweken wanneer ik citeer uit geschreven bronnen, om de stijl en woordkeuze van die oorspronkelijke bronnen te behouden.

bevolking Zwart is, gebruiken de meeste geneeskundestudenten bevooroordeelde studieboeken.^{4,5} En deze blinde vlekken zijn zonder twijfel schadelijk. In de vs hebben patiënten met een raciale of etnische minderheidsachtergrond bijvoorbeeld een grotere kans dan Witte mensen dat veelvoorkomende huidaandoeningen, zoals psoriasis, bij hen niet worden gediagnosticeerd.^{6,7}

Het probleem van raciale vooroordelen in de geneeskunde beperkt zich ook niet tot de dermatologie. Veel onderzoeken hebben bewijs gevonden van impliciete of onbewuste vooroordelen onder zorgverleners in het algemeen.⁸ Dat is niet verrassend – zorgverleners zijn ook gewoon mensen en we hebben allemaal vooroordelen. Maar als er niets aan wordt gedaan, kunnen schadelijke stereotypen, zoals het idee dat Zwarte mensen minder pijn voelen dan Witte mensen, ertoe leiden dat artsen de ernst van symptomen bij Zwarte patiënten onderschatten en niet de juiste behandeling voorschrijven.⁹⁻¹³ Veel van deze stereotypen komen voort uit de misvatting dat er biologische verschillen zijn tussen rassen. In een Amerikaans onderzoek uit 2016 onder 222 Witte geneeskundestudenten en artsen in opleiding beaamde bijvoorbeeld ongeveer de helft van hen minstens één onjuiste bewering van een lijst met zogenaamde biologische verschillen tussen Zwarte en Witte mensen, zoals ‘de zenuwuiteinden van Zwarte mensen zijn minder gevoelig dan die van Witte mensen’ en ‘de huid van Zwarte mensen heeft meer collageen (en is dus dikker) dan die van Witte mensen’.¹⁴ Uit het onderzoek bleek dat deze onjuiste overtuigingen een voorspeller waren van raciale vooroordelen in de pijnbeoordeling van fictieve patiënten en in de daaropvolgende behandeladviezen.

Ras is geen biologisch kenmerk. Maar ik kan het iedereen – inclusief de medische studenten en artsen in opleiding in het hierboven beschreven onderzoek – vergeven die naar onze wereld kijkt en iets anders concludeert. Over de hele wereld zijn er enorme verschillen tussen raciale en etnische groepen als het gaat om gezondheid; tot een gemarginaliseerde groep behoren wordt over het algemeen geassocieerd met slechtere gezondheidsuitkomsten. Daar werd ik me pijnlijk van bewust toen ik als wetenschapsjournalist schreef over de raciale en etnische verschillen in besmettingen en sterfgevallen die in veel landen al vroeg in de coronapandemie zichtbaar werden. Sommige wetenschappers begonnen al snel te speculeren dat deze verschillen op zijn minst deels toe te schrijven waren aan genetische verschillen tussen raciale en etnische groepen.^{15,16} Dit weerspiegelt een al lang bestaande trend binnen de medische wetenschap om biologie en genetica te gebruiken om raciale en etnische verschillen in gezondheidsuitkomsten te verklaren, in plaats

van de rol die racisme speelt volledig te erkennen en te onderzoeken. Racistische vooroordelen in de geneeskunde zijn slechts één voorbeeld van de vele manieren waarop racisme onze gezondheid schaadt. Er is steeds meer en onweerlegbaar bewijs dat racisme in onze samenleving een belangrijke oorzaak is van hardnekkige raciale en etnische gezondheidskloven.

Wereldwijd erkennen wetenschappelijke en medische autoriteiten steeds meer dat racisme een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid vormt. In de jaren voorafgaand aan de publicatie van dit boek beschreef het gerenommeerde medische tijdschrift *The Lancet* racisme als een ‘volksgezondheids crisis van mondiaal belang’, en publiceerde het een speciale serie die liet zien hoe racisme, vreemdelingenhaat, discriminatie en de structuren die deze in stand houden schadelijk zijn voor de gezondheid.^{17,18} Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) erkende in een rapport uit 2022 dat ‘gezondheidsongelijkheden bij bevolkingsgroepen die rassendiscriminatie ervaren significant zijn en in veel landen blijven voorkomen’, waarbij de organisatie opmerkte dat deze ongelijkheden ‘worden veroorzaakt door de interactie tussen de bredere sociale factoren van gezondheid, structureel racisme en discriminatie in de samenleving’.¹⁹

Maar het publieke debat over ras en gezondheid blijft achter. In een interview met National Public Radio in 2020 schreef senator Bill Cassidy uit Louisiana de onevenredig grote impact van corona op de Zwarte bevolking van de staat toe aan het feit dat ‘Afro-Amerikanen 60 procent meer kans hebben op diabetes’, zonder te erkennen hoe racisme bijdraagt aan die gezondheidsachterstand.²⁰ In reactie op de suggestie dat dergelijke gezondheidsongelijkheden geworteld zijn in jaren van systemisch racisme, zei Cassidy, die ook arts is: ‘Nou, weet je, dat is retoriek en dat kan wel zo zijn. Maar als arts kijk ik naar de wetenschap.’ Ondertussen werd er in het Verenigd Koninkrijk in een rapport uit 2021, dat in opdracht van de regering was opgesteld, gesuggereerd dat onderzoek naar etnische gezondheidsverschillen rekening moest houden met ‘genetische en biologische verschillen’ en werd de rol van racisme als een belangrijke oorzaak van gezondheidsongelijkheden ontkend.²¹ De achterstand in het publieke debat over ras en gezondheid belemmert cruciale pogingen om raciale en etnische gezondheidskloven in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en wereldwijd te onderzoeken en aan te pakken. Ik wil helpen dat te veranderen.

Dit boek is een onderzoek naar de zware tol die racisme eist van de gezondheid. Het is opgedeeld in vier delen. Het eerste deel brengt de enorme gezondheidskloven in kaart die bestaan tussen raciale en etnische groepen

in verschillende landen over de hele wereld. In twee hoofdstukken zullen we een verontrustend patroon blootleggen van gemarginaliseerde groepen die over de hele linie een slechtere gezondheid ervaren. Dat begint al bij de zwangerschap, de bevalling en de kinderjaren en duurt – voor degenen die het overleven – de rest van hun leven voort, met hardnekkige raciale en etnische verschillen als het gaat om wie er ziek wordt en wie als gevolg daarvan overlijdt. De volgende drie delen van het boek richten zich op de vraag waaróm deze ongelijkheden op het gebied van gezondheid überhaupt bestaan en blijven bestaan.

We zullen de vele, overlappende manieren onderzoeken waarop racisme de gezondheid schaadt, te beginnen in het tweede deel van dit boek met een grondige analyse van de verraderlijke bedreiging voor de volksgezondheid die systemisch en interpersoonlijk racisme in het dagelijks leven vormen. We zullen leren hoe de onderliggende systemen, structuren en instituten van samenlevingen wereldwijd ervoor zorgen dat niet iedereen gelijke toegang heeft tot een gezonde leefomgeving, en we zullen de verwoestende gevolgen ontdekken van chronische racisme-gerelateerde stress en acute raciale trauma's voor de gezondheid en het welzijn.

In het derde deel zullen we onze verkenning voortzetten van de manier waarop racisme in de geneeskunde – inclusief raciale vooroordelen onder zorgpersoneel en racisme dat is ingebed in medische scholing, praktijken en richtlijnen – de bestaande raciale en etnische gezondheidsongelijkheden versterkt.

Tot slot zullen we ons in het vierde deel richten op het wetenschappelijk onderzoek dat aan de basis ligt van ons begrip van onze gezondheid, inclusief gezondheidsongelijkheden. We zullen diep in de data – en opvallende hiaten in de data – duiken van gezondheids- en medisch onderzoek, en ontdekken waarom vooroordelen in de wetenschap slecht zijn voor ieders gezondheid.

Ik zeg expres 'ieders', omdat dit probleem ons allemaal raakt, of we ons dat nu realiseren of niet. Racisme, zoals het zich manifesteert in samenlevingen wereldwijd, maakt ons niet alleen collectief zieker; het belemmert ook medisch onderzoek en staat wetenschappelijke doorbraken in de weg die ervoor kunnen zorgen dat we effectiever behandeld worden als we ziek worden.

Ik wil hierbij ook opmerken dat, hoewel dit boek zich voornamelijk richt op de gezondheidsschade van racisme, álle vormen van discriminatie – ook die op basis van klasse, genderidentiteit, seksualiteit of een beperking, om er maar een paar te noemen – schadelijk zijn voor de gezondheid. Er kun-

nen en zijn hele boeken geschreven over de schadelijke gevolgen van deze verschillende vormen van onderdrukking en hoewel ik niet zal proberen om die hier nog eens samen te vatten, zullen we binnen de context van gezondheid af en toe gevallen tegenkomen van intersectionele discriminatie, waar racisme een onderdeel van is. Dit is onvermijdelijk: racisme is slecht voor onze gezondheid en de schade ervan kan bijzonder acuut zijn voor mensen met gemarginaliseerde, intersectionele identiteiten.

Ik heb vaak gedacht dat als racisme een virus was, we massaal in opstand zouden komen vanwege de hoeveelheid onnodige pijn, lijden en sterfte die het wereldwijd veroorzaakt. We zouden met man en macht vaccins proberen te ontwikkelen en naar behandelingen zoeken. Racisme is geen virus, hoewel het bevolkingsgroepen daar wel vatbaarder voor maakt – iets wat we recent hebben gezien toen corona om zich heen greep. Haarden van ongelijkheid binnen samenlevingen, waaronder haarden die worden veroorzaakt en in stand gehouden door racisme, veroorzaken scheurtjes waardoor uitbraken van infectieziekten kunnen binnendringen. Deze scheuren zijn er altijd, maar worden extra zichtbaar tijdens gezondheids crises zoals pandemieën. Toch zit racisme, zoals we zullen ontdekken, diep verankerd in de fundamenten van niet alleen onze samenlevingen, maar ook van de geneeskunde en de wetenschap – onopgemerkt maar onmiskenbaar. En, ironisch genoeg, is het iets wat wij mensen onszelf hebben aangedaan.

Racisme is een systeem van denkbeelden dat werd bedacht en verspreid over de wereld in een tijdperk van Europees imperialisme en expansie. Dat is geen toeval: het aanwijzen van bepaalde groepen mensen als biologisch afwijkend en zelfs inferieur aan anderen was een rechtvaardiging voor hun onderdrukking door kolonisatie en trans-Atlantische slavernij. Hoewel er verschillende briljante boeken zijn, waaronder *Fatal Invention* van Dorothy Roberts, *Superior* van Angela Saini, *How to Argue With a Racist* van Adam Rutherford en *Divided* van Annabel Sowemimo, die diep in de uitvinding van ras en racisme binnen de wetenschap duiken, denk ik dat dit invloedrijke hoofdstuk in de wetenschappelijke en menselijke geschiedenis hier een korte samenvatting verdient.²²⁻²⁵

De eerste wetenschappelijke pogingen om mensen in te delen in raciale groepen werden gedaan in de zeventiende en achttiende eeuw. In een proefschrift uit 1795 verdeelde de Duitse antropoloog Johann Blumenbach de mens in vijfvoorouderlijke groepen: Kaukasisch, Mongools, Amerikaans, Ethiopisch en Maleis. Deze categorieën zouden, met kleine variaties, nog eeuwenlang door wetenschappers worden gebruikt om racisme in stand

te houden en eugenetica te promoten. De halfneef van Charles Darwin, de eugeneticus Francis Galton, putte eruit voor zijn werk in de negentiende en twintigste eeuw – met verwoestende gevolgen.²⁶ En deze neiging om mensen – en onszelf – in raciale categorieën in te delen, duurt tot op de dag van vandaag wereldwijd voort.

Interessant is dat Blumenbach zelf het idee weerlegde dat Afrikanen (die hij Ethiopiërs noemde) inferieur waren aan Witte Europeanen (die hij Kaukasiërs noemde), waarmee hij inging tegen de heersende opvattingen van zijn tijd.²⁷ Hij schreef echter wel dat de Kaukasische schedel van een Georgische vrouw de ‘knapste en bevalligste’ was van de schedels die hij tijdens zijn onderzoek had bestudeerd. Ook had hij de (onjuiste) theorie dat wit als huidskleur ‘de primitieve kleur van de mens’ was, met als argument dat het makkelijker zou zijn geweest om van een lichte naar een donkerdere huid te gaan dan andersom.

We weten nu dat dit niet klopt. De huidige wetenschappelijke consensus is dat *Homo sapiens* ongeveer 300 000 jaar geleden in Afrika is ontstaan en van daaruit is gemigreerd: alle moderne mensen stammen af van Afrikaanse *Homo sapiens*-populaties.²⁸ Waarschijnlijk begon een bleke huid meer voor te komen nadat sommige mensen uit Afrika waren gemigreerd, mogelijk als aanpassing aan de verminderde blootstelling aan de zon in een noordelijk klimaat. Dat is niet echt uniek of bijzonder. De genen die huidskleur beïnvloeden – of die andere kenmerken beïnvloeden die vaak worden geassocieerd met ras, zoals neus- en oogvorm of haartextuur – zijn biologisch gezien niet belangrijker dan de duizenden andere eiwit coderende genen die de rest van de menselijke biologie beïnvloeden. Sterker nog, er bestaat meer genetische variatie binnen menselijke bevolkingsgroepen uit dezelfde grote geografische gebieden dan tussen deze verschillende bevolkingsgroepen.

In 1972 liet evolutiebioloog en geneticus Richard Lewontin zien dat biologisch ras een wetenschappelijke misvatting is, in een baanbrekend onderzoeksartikel met de titel ‘De verdeling van menselijke diversiteit’.²⁹ Toen in juli 2021 bekend werd dat Lewontin op tweeënnegentigjarige leeftijd was overleden, werkte ik als journalist voor het wetenschapsblad *New Scientist* en zat ik toevallig diep in een onderzoek naar wetenschappelijk en medisch racisme. Een van de vele tabbladen die ik had openstaan op mijn computer was een pdf van zijn paper, waarin hij onomstotelijk aantoonde dat er veel meer genetische variatie bestaat tussen mensen binnen de algemeen gedefinieerde raciale groepen dan tussen deze groepen.

Lewontin beschrijft deze brede raciale groepen als ‘Afrikaanse volke-

ren, Europese nationaliteiten, Oceanische bevolkingsgroepen, Aziatische volkeren en Amerikaanse Indianenstammen'. Hij plaatst de term 'rassen' consequent tussen aanhalingstekens, vermoedelijk om te benadrukken dat zijn werk het gebruik van deze categorisering binnen de wetenschap volledig onderuithaalt. Lewontin analyseerde specifiek de variatie in bloedproteïnen – als marker van variatie in de genen die deze coderen – in verschillende bevolkingsgroepen over de hele wereld. Hij ontdekte dat bijna 94 procent van de menselijke genetische variatie voorkomt binnen bevolkingsgroepen of binnen zogenaamde raciale groepen, en slechts iets meer dan 6 procent tussen verschillende groepen. De bevindingen van Lewontin waren bijzonder waardevol omdat ze cijfers boden bij het groeiende wetenschappelijke begrip van menselijke genetische variatie.³⁰

Een ander bepalend onderzoek dat het idee van biologisch ras ontkrachtte, werd in 2002 gepubliceerd door populatiegeneticus Noah Rosenberg, nu verbonden aan de Stanford Universiteit, en collega's.³¹ Rosenberg en zijn team analyseerden DNA van meer dan duizend mensen uit tweeënvijftig geografische regio's over de hele wereld. Ze ontdekten dat genetische verschillen tussen individuen binnen dezelfde geografische groep 93 tot 95 procent van alle genetische variatie vormden, terwijl verschillen tussen grote geografische groepen slechts 3 tot 5 procent uitmaakten.

Rosenberg en zijn collega's stopten hun gegevens vervolgens in het computerprogramma STRUCTURE en gaven het de opdracht om de resultaten op te splitsen in een bepaald aantal DNA-clusters. Toen het programma de opdracht kreeg om de hele menselijke bevolking in vijf clusters te verdelen, werd de populatie onderverdeeld in de groepen Afrikaans, Europeaan en Midden-Oosters, Oost-Aziatisch, Amerikaans, en Australisch – groepen die niet zoveel verschilden van die van Blumenbach of van de raciale categorieën die tegenwoordig algemeen worden gebruikt. Sommige media schreven destijds dan ook dat het onderzoek de biologische realiteit van ras had aangetoond.³² Maar zoals de Amerikaanse rechtsgeleerde en socioloog Dorothy Roberts in haar boek *Fatal Invention* opmerkt, was het aantal genetische clusters volstrekt willekeurig: als het aantal clusters werd verhoogd naar meer dan vijf, zette de computer kleinere, meer geïsoleerde populaties in aparte clusters, waarbij de mate van overlap tussen de clusters steeds zichtbaarder werd. Door mensen uit meer geografische regio's mee te nemen in de data, zou deze overlapping tussen clusters waarschijnlijk nog zichtbaarder worden.³³ In zijn boek *A Brief History of Everyone Who Ever Lived* legt geneticus Adam Rutherford uit dat dit onderzoek uiteindelijk aantoont dat

de vraag hoeveel rassen er zijn 'betekenisloos' is.³⁴ Genetica wijst uit dat het veel accurater is om de mensheid in een spectrum te zien dan te proberen om categorieën van mensen te construeren met harde grenzen ertussen.

Daarom zijn pogingen om biologie of genetica te gebruiken om raciale en etnische gezondheidsverschillen te verklaren zo problematisch. Jay Kaufman, een epidemioloog aan de McGill Universiteit in Canada, is zich daar maar al te goed van bewust. Kaufman heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar raciale en etnische verschillen in gezondheid en medische behandeling, onder meer in Canada en de vs. Hij legde me uit wat het probleem is als je sociaal gedefinieerde categorieën, zoals ras, verwart met biologische categorieën, zoals genetica. 'We maken rassencategorieën op basis van continentale populaties,' vertelde Kaufman me. 'Dus de definitie van Zwarte mensen in de Amerikaanse census is mensen uit Afrika ten zuiden van de Sahara. En dat is natuurlijk een enorm aantal mensen – bijna een miljard. En het zijn mensen met heel erg verschillende lokale adaptaties, heel erg verschillende lichaamsbouw, en voedingspatroon, en sociale geschiedenis, en biologische geschiedenis, enzovoort. Ze zijn gemiddeld niet nauwer aan elkaar verwant dan Afrikanen aan Europeanen,' legde hij uit. 'Er is gewoon geen enkel samenhangend fysiologisch kenmerk dat alle Witte mensen of alle Zwarte mensen delen, afgezien van hun huidskleur,' zei hij.

Zelfs huidskleur is geen betrouwbare manier om mensen consequent in dezelfde raciale of etnische categorieën in te delen. Ik identificeer me zowel als Zwart als Gemengd, maar ik grap vaak dat ik in de verschillende Europese landen waar ik heb gewoond altijd als Zwart werd gezien, terwijl mensen me in Ghana vaak 'Oburoni' noemen, een Twi-woord dat 'Wit persoon' betekent. Mijn huidskleur – die overigens bruin is – verandert natuurlijk niet drastisch afhankelijk van waar ik ben in de wereld. Mijn biologie of genetica ook niet. Maar sociale categorieën zoals ras veranderen wel – zowel met de tijd als met de plaats. De Zuid-Afrikaanse komiek en talkshowhost Trevor Noah grapte dat hij een 'upgrade' kreeg van 'gekleurd' (of Gemengd) naar 'Zwart' toen hij van Zuid-Afrika naar de vs verhuisde. Want terwijl Zuid-Afrika in het Apartheidstijdperk Gemengde mensen als 'gekleurd' classificeerde, gold in de vs onder Jim Crow de 'één-druppel-regel' waardoor iedereen met ook maar één Zwarte voorouder wettelijk als Zwart werd beschouwd.^{35,36} Dit is een goed voorbeeld van waarom raciale categorieën vanuit wetenschappelijk of medisch standpunt onlogische en inconsistente manieren zijn om mensen te groeperen.

Racisme is niet alleen onlogisch; het is ook een van de minst erkende en