



偏见对于 健康公平和人性化体验的影响

受访者:

Karen Bonner - Buckinghamshire Healthcare
Jennifer Carron Passon - BJC Healthcare
Irfan Dhalla - Unity Health Toronto
Naté Guyton - University of Maryland Medical Centers 中城园区
Maxine Legall - The Jewish Board
Dwight McBee - Jefferson Health
Kodi B. Pride - 顾问
Brittany R. Randall-Pope - Ohio Guidestone
Kimberly Richardson - Black Cancer Collaborative
The Beryl Institute 公平与包容常务委员会
Allysa Ware - Family Voices

评论者:

Nikki Montgomery
Madvocator Educational and Healthcare Advocacy Training 执行董事
Family Voices National 计划经理

THE BERYL INSTITUTE

The Beryl Institute 简介

The Beryl Institute 是由医疗工作者和体验支持者组成的全球社区，致力于改善医疗保健行业的人性化体验。十余年来，该研究所始终甘当体验运动和患者体验领域的先驱者及领导者，推出一系列无与伦比的公正研究及经过验证的实践措施、社交网络和专业发展机会，以及供交流思想且彼此学习的安全中立空间。

我们将患者体验定义为所有互动的总和，其植根于组织文化，足以影响到患者对整个护理流程的看法。我们认为，人性化体验立足于患者和家属、医疗工作者及其所服务社区的体验。

本 PX 论文的赞助方：

qualtrics^{XM}

Qualtrics XM 简介

Qualtrics 协助各大医疗保健和生命科学组织设计多种体验，以提升满意度、忠诚度和信任度。Qualtrics 助力组织优化对患者、员工和社区而言至关重要的时刻，以期提供无缝且仁爱的医疗体验。Qualtrics 推出了更为全面的战略体验管理平台，以供医疗保健机构倾听患者和员工心声，探索重要事项并迅速采取行动，从而带来有意义的影响力。另外，人工智能驱动型解决方案亦可帮助领导者了解患者、人员和员工行为的关键驱动因素，预测患者需求，并实现自动化操作，从而更快、更轻松且更有效地大规模提供个性化体验。对所有必要 CAHPS 项目而言，Qualtrics 是经过 CMS 核准的供应商，也是市场上唯一获得 HITRUST 认证且兼容 FEDRAMP 的体验管理平台，可确保敏感信息安全无虞，让组织心无旁骛地安心收集及分析数据。如需了解更多信息，请访问 qualtrics.com/healthcare。

受访者

我们由衷感谢参与本项目的所有受访者。他们的洞见、言语以及为应对医疗保健领域偏见所付出的种种努力，早已埋下变革的种子。他们致力于推动对话，执着于升华对话，并决心将语言化为行动，我们谨在此表示最真诚的赞赏和谢意。

医疗保健组织



Buckinghamshire Healthcare

Karen Bonner
护士长兼感染预防控制主任



University of Maryland Medical Centers 中城园区

Naté Guyton, RN, MSN,
NE-BC, CPHIMC
首席护士长兼患者护理服务部
副总裁



BJC Healthcare

Jennifer Carron Passon,
MSOM, CPXP
患者体验官



The Jewish Board

Maxine Legall, MBA,
MSW, CPXP
首席多元、公平和包容官



Unity Health Toronto

Irfan Dhalla, M.D.
内科医生



Jefferson Health

Dwight McBee, BSN, MBA
健康公平和首席体验官执行
副总裁

患者和家属



Nikki Montgomery, MA, MEd

Madvocator Educational and
Healthcare Advocacy Training
执行董事
Family Voices National
计划经理



Kimberly Richardson, M.A.

Black Cancer Collaborative
创始人



Kodi B. Pride, OTR/L, MOT

职业治疗师
企业顾问



Allysa Ware, PhD, MSW

副执行主任
Family Voices



Brittany R. Randall-Pope, M.S.

应用临床科学与研究主任，
家庭与社区影响研究所研究人员
Ohio Guidestone

The Beryl Institute 的**公平与包容常务委员会**是一支多元化和包容性团队，其各大成员来自于整个社区，负责宣传和推动研究所的郑重承诺，即消除系统性种族主义，解决医疗保健领域的差异，并在此类关键问题上推动我们将语言转化为行动。衷心感谢各位委员会成员为本文贡献观点。

Rhae-Ann Booker

University of Michigan Health - West 多元、公平和包容副总裁

Lisa Branson

Sonifi 临床教育专家

Cheryl Call

Utah Valley Hospital | Intermountain Healthcare 志愿者、礼品店、接待和牧师服务

Jennifer Carron Passon

CXO, BJC

Isabela Castro

巴西 Rede Dor Sao Luis 公司 PX 和 QI 顾问

Natasa L. Dill

Maine Health Medical Group 质量与安全副总裁

Lara Goorland

PWN Health 临床手术高级主任

Frank Hrabe

数据库和合规性协调员（退休）

Corey Kimpson

Cambridge Memorial Hospital 患者与家庭咨询委员会主席兼社区大使

Christine Kouri

CHEO 医疗公平和多元经理

Toni Land

CPXP, Medallia, Inc. 临床医疗保健体验负责人

Jolie A. Limon

Valley Children's 学术事务副总裁兼机构任命官员/儿科主任

Germaine C. Nelson

CPXP, Mount Sinai Selikoff Centers for Occupational Health 临床计划经理

Karana Pierre

医疗官员, IHS Pine Ridge 之 Kyle Service Unit 足科医生

Bianca Radney

Texas Health Resources 患者和家属体验副总裁

Kimberly Richardson

患者维权

Deborah Sanders

Ascension St. John Hospital 临床护士长

Carol Santalucia

退休

Jesse Santos

Advent Health New Smyrna Beach 患者体验经理

道德宇宙的弧线必须弯向正义

文字在本质上颇为被动，往往以书面或口头形式反映出一种思想。而当人们听到或读到之时，相关思想却已然成为过去。也正因如此，文字永远不足以推动改变。

不过，语言也有可能成为一枚种子或一点火花，督促我们积极行动起来。面对着当前如火如荼的运动和行动，我们必须展开对话，探讨如何消除差异、消除社会中的不平等和种族主义，其中尤以我们的全球医疗生态系统为甚。长期以来，言语并未激发行动。如果本文只是苍白无力的只言片语，我们必将因重蹈覆辙而懊恼不已。

所以，在下文中，我们希望借由患者的亲身经历以及医疗保健领导者振聋发聩的发声，让这个尖锐的问题更加具象化，而非简单探讨本文核心思想“偏见、不平等和人性化体验”的意义所在。我们确信，所有人在阅读本文时，都能捕捉到文字背后的深意。不过，我们仍然揭示出诸如此类的现实对人类的影响，包括提供和接受医疗保健服务之人。更为重要的是，我们希望本文中的言语和明确行动能够指明一条道路，让我们作为团结的社区携手向前推进。

展望医疗保健的未来，我们的社区正形成新常态，其核心原则是坚定不移地致力于消除不平等，并打破世界各地实现公平医疗的障碍。《人性化体验宣言》全球承诺由此应运而生，即认可并消除系统性种族主义和偏见，解决差异，同时尽可能提供优质且公平的医疗保健服务。诸如此类的文字早已化作广泛的行动呼吁，敦促广大组织和个人积极参与我们能够且必须采取的行动。

The Beryl Institute 公平与包容常务委员会发出明确的行动呼吁，坚定不移地秉持“本人承诺，为所有人推动和展示反种族主义、公平、社会正义、包容和归属感，从而消除医疗保健领域中的不平等现象”这一声明，同时添加“通过采取以下行动……”等个人说明，以期付诸实践。本文旨在帮助我们思考如何将声明补充完整，以及不采取行动的种种后果。

这正是本文的目的所在，实乃受访者赠予我们的无价之宝。通过他们所面对的现实、采取的实践和汲取的经验，我们也有望形成后续行动步骤，将语言转化为行动。点点星火，必将推动改变的发生。正如马丁·路德·金所说：“我们必将取得胜利，因为道德宇宙的弧线虽然很长，但永远弯向正义。”在这里，常被忽略的关键思想是“我们必将取得胜利”。如果我们将此类语言视为个人和组织行动的种子，那么这便是我们能够带来的影响力所在。希望本文为各位提供一些想法或者新的认知水平，积极思考自己能在个人生活中以及所属组织中做出哪些改变，以便继续前进。我相信，正是这份希望激励着我们，激励着所有致力于改变人性化体验的人，让我们多说多写多做……而这，正是本文的初衷所在。

没错，道德宇宙的弧线**必须**弯向正义。当然，我们必须时刻全力以赴，以实现心中夙愿。我们必定能够做到，对此我深信不疑。

Jason A. Wolf, PhD, CPXP
总裁兼首席执行官
The Beryl Institute

评论：偏见对于公平和结果的影响

何为偏见？

偏见是对某事或某人的积极或消极评价。¹ 当一个人能够意识到自身的偏见时，称之为外显偏见；如果不能，则称之为内隐偏见。设计出内隐联系测验 (Implicit Association Test, IAT) 的“内隐计划” (Project Implicit)² 将内隐偏见定义为“我们对他人的一种自动反应。此类态度和刻板印象会对我们的理解、行动和决策产生负面影响。” 通常而言，会将内隐联系测试 (Implicit Association Test, IAT) 作为切入点，帮助医务人员了解内隐偏见，并更好地了解自身偏见。

内隐偏见已成为医疗服务差异的因素之一，业内投入大量资金对医务人员展开培训，让他们深入了解内隐偏见及其对治疗和临床结果差异的影响。偏见会影响诸多不同的社会和种族群体。对于内隐偏见理解的尝试，往往集中于种族和民族偏见，而这一偏见正与有色人种患者所面临的普遍而持久性医疗差异息息相关。³⁻¹³ 有关内隐偏见的研究表明，大多数医务人员都或多或少地存在内隐偏见，导致他们对白人患者的态度更加积极，对有色人种的态度则更加消极。¹⁴

虽然识别偏见或许是应对医务人员隐性偏见的不错契机，但要想减少偏见对护理的影响，一切仅仅只是开始。IAT 区分开了种族、性别和残疾等特征。在现实生活中，患者可能同时具有多种身份，而医务人员则可能对此类身份中的不止一个存在偏见。例如，超重的黑人女性患者可能会同时受到性别、种族、体重和阶级等歧视。

偏见不仅会影响到医务人员脑中的信念。长期以来，偏见都被认为与临床决策¹⁵⁻¹⁶、患者体验和结果息息相关。从患者参与¹⁷⁻²⁰ 的差异，到黑人产妇发病率和死亡率²¹⁻²²，再到疼痛治疗不足²³⁻²⁴，黑人患者在治疗和结果方面均受到偏见和差异的对待。反黑人偏见程度较高的医务人员可能会做出对黑人患者不利的临床决策²⁵，包括对患者担忧的反应较慢、互动交流更少以及提供的治疗建议更少。甚至在医务人员的记录中也会出现偏见，一旦患者是黑人，其记录更有可能是负面。

偏见和批判性思维

当我们思考人类大脑中的决策时，Gopal 等人¹ 将其描述为两类过程。第 1 类过程是在无意识思维的情况下做出快速决定。第 1 类思维过程可快速做出生死攸关的决定，帮助人类在迫在眉睫的危险中生存下来。在第 1 类过程中，我们的大脑会利用我们的过往经验或知识找到思维捷径。如果我们看到一只带黑色条纹的橙色四脚猫，我们可以迅速判断它是老虎，并意识到靠近它非常危险。

第 2 类过程则有所不同，会更加缓慢，且涉及到意识思维。在第 2 类思维过程中，我们会分析所掌握的信息，而非快速做出决定。期间，批判性思维将发挥主导作用。

谈及医疗领域的偏见，有必要了解大脑是如何工作以及思维是如何发生。

倦怠对偏见的影响

一旦医疗系统的负担过重且令工作人员精疲力竭，更有可能出现第 1 类思维，也即是快速和自动过程。倦怠是一种心理综合症，由慢性压力所致，例如医务人员在疫情期间所经历的高强压力。²⁶ 倦怠的特征是极度疲惫、愤世嫉俗、效率低下，且对工作产生脱离之感。疫情高峰期，医疗系统和医务人员面临层出不穷的患者，逐渐产生倦怠之感。

重要的是，倦怠会影响行为，且据称与偏见有关。在倦怠的情况下，医务人员表现出更高水平的外显偏见和内隐偏见。²⁷⁻²⁸ 证据早已摆在我们面前。在疫情的压力下，当医务人员经历前所未有的倦怠之时，就所有族裔和种族群体而言，黑人和西班牙裔患者的治疗结果堪称最差。黑人医疗消费者还报告称，他们受到的歧视比其他种族和民族群体更多。²⁹ 而即便是在这些群体中，倘若对残疾、体重、阶层等交叉因素展开深入研究，也有望揭示出，当医务人员经历倦怠之时，偏见带来的后果将更加令人担忧。

随着医疗保健系统深入探索解决医务人员倦怠之法，考量因素应包括减轻患者和家属的偏见体验。在本文中，一个强有力的示例是四位中产阶级黑人女性所遭遇的医疗偏见，其社会经济和教育背景本应使她们免于遭受经济上处于不利境地的患者才会经历的偏见。她们的亲身经历足以表明，面对偏见，并没有真正切实可行的保护措施。但所有医疗保健组织都必须做出积极且有意识的承诺，除了深入了解偏见，更应在发现偏见时采取行动。

目前，已有大量研究是关于内隐偏见，并介绍如何通过教育⁹和政策来减缓偏见。可惜的是，现有证据持续表明，偏见及其造成的后果依然存在。医疗保健系统必须更加努力地保护患者，尤其是来自少数族裔社区的患者，确保他们免受偏见行为和结果的影响。

就目前而言，患者往往只能学习如何最有效地维护和保护自己。正是因为医疗保健系统未能采取诸如此类的必要行动，导致构建有效医疗保健系统所需的信任极度缺失。显而易见，前面还有很长的路要走。我希望本文不仅能激发各位思考和学习，并鼓励大家齐心协力行动，共同做出改变。

Nikki Montgomery

Madvocator Educational and Healthcare Advocacy
Training 执行董事
Family Voices National 计划经理

医疗领域中的不平等

“如今，我们不能对眼前的健康结果之差异视而不见，并想当然地认为都是那些处于不利地位的人本身有错。我们必须扪心自问，我们的哪些举动才导致造成健康不平等的系统持续存在。唯有深刻反思，方能负重前行，携手打造足以觉察到每个人独特需求和所需护理的健康社区。”

Jolie A. Limon, MD, FAAP, Valley Children's 学术事务副总裁兼机构任命官员/儿科主任

本文旨在探讨医疗保健领域中的偏见对于健康公平和人性化体验有何影响。其中基于新常态³⁰的基本理念，提出 11 个关键目标和相关行动，专注于解决当前关键问题，并引领医疗保健领域的新未来。这些问题源于社区承诺，即人性化体验宣言。在宣言中，我们发出明确的行动呼吁，号召认可并消除系统性种族主义和偏见，解决差异，同时尽可能提供优质且公平的医疗保健服务。³¹

在医疗工作中，尤其是当我们致力于解决系统性种族主义、偏见和不平等之时，毋庸置疑的是，边缘群体之所以面临不公平护理的风险，往往是由于他们的护理团队成员抱着外显偏见和内隐偏见。他们的偏见基于多年以来所接触到的一些经年累月的思想。³²一旦医务人员通过诸如此类的思想框架来观察患者，往往便会做出过快反应，或者表现出植根于无意识偏见的某些肢体语言，从而令患者犹豫不决，最终对医务人员失去信任。

如前文所述，鉴于医务人员工作倦怠感对批判性思维的影响，这种相关关系在疫情期间尤为明显。处于压力状态之下的医务人员更有可能基于内隐偏见而做出决定，最终导致产生对边缘患者体验和结果带来直接影响的差异。

秉持着在世界各地消除不平等和打破公平医疗障碍的坚定承诺，The Beryl Institute 特别采访了六位医疗保健领导者以及四位患者和家属，试图了解医疗保健中存在的偏见及其对患者体验和结果有何影响。我们亟需指出医疗保健领域的偏见，对偏见予以定义和关注，从而帮助所有医疗保健从业人员消除偏见，并了解偏见于何处出现及其在日常互动中的表现形式。

本文采访的医疗保健领导者来自美国、加拿大和英国，为我们提供全球视角。他们承担着广泛职责，包括多元、公平和包容 (Diversity, Equity and Inclusion, DEI) 以及护理和患者体验等。作为多元化的高管，他们承认承认偏见的存在，并乐于加入我们关于医疗不平等的对话。

虽然通常认为种族偏见使得少数群体（尤其是非洲裔美国人或亚裔和西班牙裔人口）受到不平等待遇，但有史以来，医疗保健方面的不平等早已超越种族和族裔偏见。COVID-19 疫情暴露出医疗保健领域中的其他深层差距，包括性别和性别认同乃至性取向等。

由于疾病管理不善，心脏病或中风等慢性病发病率较高的少数群体也面临着不公平的护理。此外，一项近期研究³³ 评估了智力障碍者在 COVID 疫情中所受到的影响程度。疫情导致身体接触点大幅减少，但有行

为健康问题的患者亦饱受其苦，在正常人可以全天候接收新信息的环境中，他们获得信息的渠道却愈加变少。这种差异扩大到失聪和听力障碍群体，许多人因此而出现精神创伤。此外，对于社交和物理隔离的社区，由于没有可靠的互联网，孤独感以及对 COVID 一无所知的感觉每天都折磨着他们。

对于住院患者而言，COVID 疫情亦令英语水平有限 (Limited English Proficient, LEP) 的患者因难以获得口译服务而面临不平等。LEP 患者表示，如果周围的人都在说话，但译员不在场或未能立即提供翻译，他们会感觉“非常不安全”。

“COVID-19 疫情加剧了一切，” Jefferson Health 内部健康公平执行副总裁兼首席体验官 Dwight McBee 说道，“当我们开始注意到非裔美国人和西班牙裔患者的入院率和死亡率时，我们感觉到异常真实的无助感。疫情期间，面对着导致护理差异的系统和流程，我们几乎无能为力。尽管我们一直在努力消除这些不平等，但危险的先兆仍然不期而至，促使我们重新正视医疗保健系统内的不平等。”

The Jewish Board 的首席多元、公平和包容官 Maxine Legall 指出，边缘人群中存在不平等。如果这些人群没有保险或无证件，并将急诊科视为紧急护理或初级护理选择，则这种不平等会更为明显。Legall 表示，这类群体一直未能在正确环境中获得所需的医疗保健，并且他们无法就自身体验提供反馈。“这些患者不愿意主动提供信息，因为他们不希望暴露个人信息，包括他们住在哪里或不住在哪里。考虑到我们能够从某些患者群体中了解和收集信息，我认为这就是一种不平等。” Legall 说道。

她指出，如果有效利用数据，那么所有患者，包括来自边缘群体的患者，都有望获得更好的体验。“我们越多地围绕多元、公平和包容进行透明对话，就越能够影响到医务人员是否会带着对所护理患者先入为主的观念和想法走进病房。”

并非只有患者才会面临不平等。正如 Buckinghamshire Healthcare 的护士长兼感染预防控制主任 Karen Bonner 所说，工作人员内部也存在偏见。Bonner 告诉我们，例如在英国，如果一个人具有黑人、亚裔或少数民族背景，那么其在职业生涯中获得晋升的可能性肯定低于白人背景的人。

在医疗工作者中，先入为主的想法很是常见。我们必须扩大培训和公开对话的范围，务必让无意识偏见成为透明的话题。所有医疗保健行业工作者都有责任管理好自身的偏见，确保为患者提供公平的护理。

“我们都曾亲身经历。此类体验能帮助我们做出调整，改变面前之人所经历的体验，给予些许不同的共情。对于少数群体来说，这当然不可或缺。当我们心系一整个群体，自然可以看到最终的种种好处。” McBee 说道。

患者和家属之声所分享的偏见经历将各种真实和盘托出，包括我们的文化，以及专注实现人性化体验的长期需求。患者和家属受访者描述了一些示例，在某次看病过程中，偏见埋下了不信任的种子，并永远改变了他们的就医方式。我们应从他们的经历中汲取教训。

亲历者的偏见指标

患者权益倡导者同时也是本文开篇评论作者 Nikki Montgomery 表示，身为一名与医疗系统互动的黑人女性，她理解偏见对体验的影响，以及在偏见打破信任之后重建信任是多么困难。遗憾的是，这种轻度冒犯以及缺乏同理心和关心的行为并非孤立事件。她亦了解，社会经济地位、教育水平和获得良好医疗保健的机会并不是防止偏见的保护性因素。³⁴

“从根本上来说，医疗保健是人与人之间的关爱，但偏见会使得天平偏向一边，令部分患者感受不到人性化体验，而只是觉得自己被贬低、被忽视。”

正如我们患者和家属受访者所述，偏见也普遍存在于美国的女性健康领域。偏见以外显和内隐等两种形式存在，并植根于先入为主的想法和误判。此类想法触发了医疗保健领域的种种不良行径，剥夺了我们所声称旨在改变人性化体验的所有必要条件。正如我们一直所说，从根本上来说，医疗保健是人与人之间的关爱，但偏见会使得天平偏向一边，令部分患者感受不到人性化体验，而只是觉得自己被贬低、被忽视。

如前文所述，个人偏见更容易在精疲力竭和压力过大的医务人员身上出现。面对看似教育程度不高、不够聪明且没有适当支持网络的患者，忙碌的医务人员可能难以产生同理心。亲历偏见的患者和家属分享了患者与医生对话过程中所涉嫌偏见的指标。偏见本身体现在明确和实际的行动中，会对求医之人乃至最终结果产生重大影响。根据受访者的经历，其中包括：

分析定性。“在我生完孩子后，医生仅仅是看到我的年龄和肤色，就建议我注射避孕药物。我问医生：‘我很好奇，为什么要给我这个建议？’而她回答道，‘这是自动为某些患者提供的。’”

正义凛然的态度。“他们感觉自己很正义、很合理。他们以为他们比我更了解我的身体。我的医生告诉我，‘我是专家，你是患者。你来这里是为了获取我给的信息。’”

失礼的行为。“我当时一边听医生说话，一边用 iPad 做笔记。她对我打了个响指，告诫我认真听。这不是开玩笑吧？难道我需要把学历写在脸上，才不会被人看不起？”

对症状不屑一顾。“我觉得他们只是依照他们自以为对我的了解来为我提供治疗。至于我真正的医疗需求，他们会说，‘她只是一位忙碌的母亲；可能只是压力过大；她会没事的。’”

拖延提供选择。“医生有时会认为，黑人和拉丁裔女性根本无法做出明智的决定，并因此而故意拖延提供治疗选择。我心想，‘如果你不将我需要知道的事情告诉我，我怎么会甘心将自己交到你手上。这很有问题，尤其是我们看到卵巢癌的患者人数持续下降，但黑人女性的患病死亡率却与日俱增。’”

设定能力差别。“我没有机会质疑或协商治疗方案。原因很简单，她想要领导我，要求我服从。她对我说，‘就按我说的去做。’”

偏见导致治疗偏离。“我的医生不愿意解决我的医疗需求和我的症状，而只是关注于我的体型。医生对我说，‘你需要减肥’，我心想，‘我的体重和我的链球菌性喉炎症状有什么关系？’”

指责。“医生质疑我身为家长的能力，并联系到早产儿的发育问题。我的医生说，‘作为家长，你需要改变自己的做法。或许你有必要多多读书给你女儿听。’”

傲慢。“我告诉护士，‘我的孩子有些咳嗽’，她说‘知道了，知道了...所有孩子都会咳嗽。’她的语气听上去就好像是责怪我对我的孩子一无所知。我立刻拿出记录卡片，对她说，‘对了，我做了这个，从一开始就在好好跟踪。’我认为我有必要向她证明，我并非对孩子的日常健康情况漠不关心。”

种族主义。“当我对医生说出我的症状后，医生告诉我说，‘大多数黑人女性都会得肌瘤，所以我确定是肌瘤。你可能要考虑子宫切除。’她并没有安排适当的检查来确认我的病情，而是根据我的肤色直接给出激进的治疗方案。”

上述清单展现出当下的真实面貌，我们必须停下忙碌的脚步，承认一切事实及其影响力。偏见通常是无意识发生。但有时也可能故意为之，其后果往往更为严重且持久。

偏见对体验的影响

“我们既然选择了在医疗保健领域提供服务，自然希望对团队成员、患者、家属和社区的生活产生积极影响。但倘若缺乏信任，这点自然无从谈起。我们应以身作则，用这一框架展开自我评估，然后力求应用到自己所服务的对象身上。如果我们想真正赋予他人力量，改善医患关系，帮助他人成为更好的自己，我们就必须努力赢得他人的信任。”

Toni Land, CPXP, Medallia, Inc. 临床医疗保健体验负责人

通过我们与受访者之间的对话，我们清楚地意识到，由于医务人员一贯且持久的偏见，边缘群体持续面临着不公平护理的风险，正如上文示例所述。在访谈中，我们从医疗保健领导者、患者和家属的角度，探讨偏见如何影响人性化体验。

根据对医疗保健行业各大领导者的采访，我们得出重要结论，丧失信任是偏见的主要后果。信任是我们在社区中不断听到的问题。在 *Patient Experience Journal* 2021 年的一篇文章《重建信任基础》(Rebuilding a foundation of trust) 中，来自 The Beryl Institute 护士长委员会的³⁵ 名首席护士长就加强医疗服务以塑造心理安全环境进行了对话。文章呼吁我们着手解决一个重要的优先事项，即消除系统性种族主义和不平等，促进所有人的健康，并改变我们的工作环境和伙伴关系。

University of Maryland Medical Centers 中城园区首席护士长兼患者护理服务部副总裁 Naté Guyton 说道：“我们所服务的对象有权利知道我们是代表他们来照顾他们，并结合其背景、社会经济地位甚至基因等所有因素，以便向他们提供最好的护理。”她说，如果因为偏见而对各类差距视而不见，人们可能会失去生命。“这是生死攸关的问题。” Guyton 强调。

Legall 指出，信任的缺失会给患者带来多种后果。一旦患者认为自己被不公平对待，并感觉到偏见的影 响，他们就会离开去其他地方医治，或者停止倾听医生的意见且不再遵循个人治疗计划。而这必将影响到他们后续的整体健康和生活状况。

“患者及其家属的信任，尤其是来自弱势群体的信任，是我们最大的资产，应像珍视货币一样地加以保护。” McBee 说道。他回忆道，在 COVID 疫情高峰期，他们的护理提供过程承受着莫大的压力，而糟糕的服务则源自于恐惧和不确定。他指出，这破坏了人们的信任，如今的医疗行业必须加倍努力以重新赢回信任，尤其是曾经历过糟糕服务之人的信任。

他进一步指出，我们必须专门设计新的工作流程，以纠正过往错误，并让少数群体参与到健康和福利计划中。“现实情况是，在准备好迎接不确定的未来之际，我们必须打破常规，提供能确保尊严和尊重并建立信任的护理服务。” McBee 说道。

患者和家属之声所反映的偏见影响

对患者和家属而言，偏见的影响限于个人、痛苦莫名且尖锐辛酸。正如患者和家属在下方示例中所述，影响可能小到撩拨情绪，也可能大到对身体造成致命伤害。

产生怀疑。对患者和家属产生的重大影响包括产生自我怀疑。偏见会导致人们质疑自己，因为他们本身正在被质疑：“我真的是在经历这一切？”“这是真实发生的吗？”“或许情况并没有那么糟糕。也许我确实需要改变我的当前所为以及我的做事方式。”在医疗保健领域，患者会出于信任而向医生提供信息，一旦信息受到质疑，患者便感到被轻视。“为什么我不被信任？”家庭之声项目和战略副主任 Allysa Ware 问道。对于类似于 Alyssa 的其他患者而言，同样的遭遇不断上演，大大削弱了他们对医疗保健系统的整体信任。

加剧刻板印象和无知。医院大厅/走廊里时时流传关于患者和家属反应迟钝的笑话和评论。当偏见暴露出来并在员工间传播，就会成为组织文化的一部分。他们会在对话中随意使用形容词，将患者和家属分门别类。一个家庭可能被认为“极富同情心”，另一个家庭可能被描述为“不守规矩或令人讨厌”。这些负面描述极大地阻碍了人性化体验，且通常会影响到患者所接受的治疗。

延误诊断。“他们多半没买保险”、“他们绝对不会改变主意”、“我们等等看情况再说吧”等都是医务人员在为边缘人群提供护理服务时经常说的话，而此类想法必将有碍于诊断和治疗。正是因为此类延误，将无法及早采取适当的干预和支持措施，自然不能及早发现健康问题，最终导致情况恶化，甚至造成不可逆转的严重后果。

导致慢性疾病。“一旦偏见存在，势必会损我的健康成果，而这并非我所愿。” Black Cancer Collaborative 创始人 Kimberly Richardson 说。如果医疗保健系统无法向个人提供亟需的优质护理，其疾病或健康状况就可能恶化为慢性疾病，甚至令患者不治身亡。

生死攸关。这是偏见对医疗保健的终极影响。一旦偏见出现一次，势必会影响当事人下一次面对健康问题时的处理方式。它会灌输恐惧，从而导致患者逃避治疗。它会导致人们因为害怕而拒绝求助。如果人们在求医过程中遭遇偏见，他们可能不再关注于自身健康，从而阻碍他们采取积极的健康措施或者最终完全避免接触医疗保健系统。

通过患者和家属之声了解偏见

Ware 表示，对于边缘人群来说，要想避开医疗保健中的种种偏见，实在是“耗时且费力”。为此，最好的方法是做好准备。她说，“我不得不准备就绪，而我相信，大部分人都做不到。我总是带着充分的信息前去看医生。我会提前假设就医体验打个折扣，医生可能认为我的健康问题是由一些根本不相关的因素所引起。”

我们的子女同样会遭遇医疗保健方面的偏见³⁶。因此，我们有必要成长为强有力的权益倡导者，为患者和医务人员振臂呐喊。在女儿就医过程中，Ware 一度遭遇偏见，吹毛求疵的医生一味质疑她是否尽到母亲的职责，却吝于帮助她制定关于为孩子提供最佳父母支持的策略。Ware 意识到自己需要寻求专科医生的帮助，她开始学习医学术语并使用行话，事情也逐渐迎来了转机。Ware 说道：“我走进医院，要求找一位胃肠病学家。他们的态度突然变了。仿佛在说，‘哦，她懂这个。’”

患者和家属受访者纷纷指出，要想打破刻板印象，就需要做更高层次的准备。“每一天，我都必须为自己所面临的岔路口做好准备。” Ohio Guidestone 应用临床科学和研究主任 Brittany Pope 如是说道。身为 Ohio Guidestone Institute of Family and Community Impact 领导层中的唯一一名少数群体成员，她表示：“每次开会前，我都会扪心自问，‘如果今天发生了这种事，我是否会大声说出来？或者直接无视，继续做该做之事？’”

Kodi Pride 是一名职业治疗师和企业顾问，依靠所学的健康知识，帮助自己和所爱之人过上健康生活。Pride 觉得她必须随时紧跟医疗领域的动态，她称之为“令人不安”的做法。“一个人必须努力成为某个领域的专家，才能得到良好的护理，而一切仅仅只是因为这个人的肤色，这绝对不正常。”她指出。

Pride 不允许他人对自己生活中的重要事项妄加揣测，她评论道：“我会与值得信任之人交流。我会参考第二种、第三种甚至第四种观点。我会与其他同行展开对话，从他们身上汲取一些我尚不知晓的关注点和知识点，同时就彼此的共有特质进行深入探索。”

Richardson 表示，准备工作包括阅读、研究和向同事提问，这些都有助于她与其他医务人员更好地交流。“我不认为去看医生就一定能好起来，”她说。“他们掌握必要的技能，但我了解自己的身体，我有对话的权利。”

将解决偏见作为体验的一部分：障碍和行为

在医疗保健领域，识别和解决偏见是我们为大众服务的工作之一；然而，这亦是我们最大的盲区。很多时候，我们误以为偏见只发生在“某个地方”。例如，我们看到布法罗的大规模枪击事件以及该事件对当地少数群体的影响，就会认为“这种恶性事件永远不会在身边发生”。医疗保健行业必须意识到偏见切实存在，且无处不在，包括我们的一言一行，以及我们的思维和行为方式。我们越早意识到这点，就能越快地采取行动以减少、缓解和最终消除偏见，同时能越快地重建信任，加深与患者的关系，并让他们明白，我们是他们求医过程中的合作伙伴。

医疗保健由 8 个塑造护理体验的综合领域组成，并采用体验框架予以强化³⁷。鉴于医疗保健的综合属性，体验同时包含质量和安全。因此，除了导致信任问题，偏见也会造成质量问题。例如，历史研究表明，医生对黑人女性疼痛的反应有别于白人女性。根据结果，由于医生对黑人女性存在偏见，他们不太可能给黑人女性开止痛药。

Legall 认为，必须通过 DEI 视角与患者接触，并将这点纳入组织文化。“我们必须学会如何在不对患者外貌、病情或当前症状做出假设的情况下走进病房。”她表示，这需要较高的同理心、自我意识和情商。

BJC Healthcare 的患者体验官 Jennifer Carron Passon 认为，如果偏见得不到缓解，患者和员工体验中健康结果的差距将持续加大。“如果不加以解决，偏见将继续造成伤害，减少患者获得护理的机会，并恶化我们所服务社区中人员的健康。”

障碍

消除偏见，总会令人颇感不适，而这亦是消除医疗保健中偏见的主要障碍所在。我们难以承认偏见的存在（或者说我们可能不相信“自己”存在偏见）。令人难以理解的是，偏见实乃人类潜意识习得的一种状况。Carron Passon 提醒称，一个人有偏见，并不等同于这个人不善良。当然，在个人层面上，我们会害怕承认自己存在偏见且必须致力于解决偏见。

虽然自我反思和自我意识有助于缓解个人偏见，但关键仍在于解决整个医疗保健系统的固有偏见。我们也必须承认，有些人选择将其个人偏见固化为信仰。这些可能是最难克服的挑战。

组织面临的另一主要障碍是获取数据。对于机构而言，获取简洁有效的数据不啻为一项挑战。目前，尚待建立起 EMR 系统，以便绘制和组织有关患者的人口统计数据。此外，患者通常不愿意提供个人信息。

进一步的挑战在于让医务人员了解到带头打破偏见的目的和意图。医护团队将向患者询问与粮食不安全、住房、种族、性取向和性别认同及其他关乎健康的社会决定因素等问题，其目的是提供最有意义的资源，并制定最能满足患者需求的护理。然而，倘若工作人员无法解释询问此类问题的原因，患者可能会认为工作人员是别有用心，反而增加患者不信任医疗保健系统的理由。

“如果不加以解决，偏见将继续造成伤害，减少患者获得护理的机会，并恶化我们所服务社区中人员的健康。”

“做出改变。设定个人目标，在工作环境中和与自己不同的人进行眼神交流和对话。”

Frank Hrabe, 数据库和合规性协调员 (退休)

Unity Health Toronto 内科医生 Irfan Dhalla, M.D. 指出, 偏见真正根深蒂固。“公开的偏见, 甚至公开的种族主义非常普遍, 而系统性偏见和系统性种族主义则是系统的核心部分。”他这样表示。Dhalla 指出, 此类偏见会影响到用于建立制度、系统和流程的法律, 而这些制度、系统和流程则又决定着医学院以及组织领导者的人选甄选。“唯有废除这些系统, 才能真正以反压迫的方式提供医疗服务。”

行动

要解决医疗保健中的偏见, 意味着从社区层面、系统层面和医院层面等各个层面打击不平等。在社区层面, 意味着通过基于社区需要而采取预防措施, 直面不公平的医疗服务。例如, Jefferson Health 与外部组织倾力合作, 在关乎健康的社会决定因素、食品安全、交通问题和枪支暴力等方面达成合作伙伴关系。他们亦关注供应链的多元化, 并与少数民族业主供应商展开合作。

向 University of Maryland Medical Center 的患者提供特定疾病的服务, 以满足糖尿病和高血压等慢性疾病患者群体的需求。其农贸市场移动卡车提供关于健康生活方式的教育, 而新塔楼和厨房则向患者和家属介绍如何通过健康烹饪来管理慢性疾病。另外, 还与 PNC Bank 展开合作, 为社区提供金融知识方面的培训。

在组织内部, 也将培养多元员工列为优先事项。医疗组织从有针对性的招聘活动出发, 着手组建具 DEI 意识的多元员工队伍。受访者分享道, 要支持多元化, 营造归属感是重中之重。因此, 医疗保健组织将员工以小组形式齐聚一堂, 颂赞彼此的相似之处, 以维

持员工的参与度。BJC Healthcare 有九大“联系小组”, 其中包括退伍军人小组、LGBTQ 社区、女性和种族多元化领导者等。

Bonner 表示, 作为加勒比黑人背景的黑人女性以及在英国出生的第一代家庭成员, 她曾公开谈论对于族裔的个人感想。“关键在于每个人都应持续进行自我反思, 并意识到自身所存在的偏见。”她说道。作为平等的倡导者, Bonner 总是乐于教育他人, 并在国家和地区层面上发挥领导作用; Bonner 是英国种族平等标准咨询委员会顾问, 同时兼任其所在组织中负责支持黑人、亚裔和少数族裔同事的当地网络 EMBRACE 执行发起人。

组织在解决不平等方面的另一项重要举措是帮助其患者和家庭咨询委员会 (Patient & Family Advisory Councils, PFAC) 实现多元化发展。例如, BJC 承诺, 在 2022 年结束前, 实现其九大委员会的多元化。通过调查当前委员会的人口构成, 他们开始招募符合特定条件的顾问, 确保其顾问小组真正代表所服务的人群。

许多医疗保健组织正着手建立多元、公平和包容办公室, 并指派高管负责监督。发起针对结构性种族主义的专门教育项目, 确保员工理解组织政策和程序如何助长偏见。此外, 提供无意识偏见相关培训, 促使员工在令人不适的对话中敞开心扉, 以此作为建立彼此信任的手段。

“消除偏见至关重要, 因为偏见确实会影响到对个人做出假设的方式。”Bonner 指出。个人必须承担责任和责任, 不应一味将偏见作为自身行为的借口, 而应懂得, 有必要多加关注偏见以及偏见对于自身如何

看待世界的影响。她认为，正是近几年来无意识偏见的恣意蔓延，才会让人们说出“我没有意识到我在这么做”。Bonner 反驳道：“实际上，一旦有人意识到偏见，偏见就是有意识的。”

我们也必须认识到，在当今世界上，仍有人执着于自身偏见，或来自于信仰，或立足于其成长环境，都是他们曾学习或阅读过的内容。一些有影响力的因素仍试图令分歧永久存在，对此我们不应忽视。针对并未将偏见视为当今医疗保健领域症结所在的人群，关于究竟能够接受他们的哪些行为和行动，组织亦需要做出明确规定。

指出偏见具有诸多指示意义。在下文中，受访者分享了偏见对体验、医务人员福祉和组织文化的影响。

当偏见和不平等得到解决时的结果

医疗组织正经历全面的社会觉醒，并选择采取行动以呼吁社会公正。他们承认，在解决差异问题方面，尚需更多努力。医疗保健机构正担心可能出现下一次大流行疾病或其他事件，以及我们若不采取措施应对已知存在的结构性问题（无论是偏见、结构性种族主义、护理不平等还是护理提供）时将会怎样。我们必须立即行动，一旦迟疑，必将再次陷入特定人群与普通人群相比为何会受到如此负面影响的疑惑当中。

对体验的影响

采取有意识行动的组织有望在体验中看到积极成果。护理评分确有提升，反映出整体体验和推荐可能性的分数也相对提升。通过向护士提供与患者沟通和交流的工具，护士沟通效率也会有所改善。通过关于种族和性取向不公正的对话，确保工作人员了解如何借助正确语言与各类患者展开积极互动。这些改进已减少工作人员和患者可能面临的创伤。患者会感激工作人员为他们所做的工作，也会感激工作人员在彼此合作过程中对他们体验结果的关注。

组织也开始进一步了解到，人们在从事医疗保健工作时也会带有偏见。各机构正在采取措施，向所服务的不同人群询问相关问题，以拓展更广阔的视角，从而打造更好的体验。通过培训和提高意识，并结合同理心和接纳不同看法的文化之法，许多人口统计数据中的体验得分正日益攀升。

患者和家属之声对体验的影响

关于组织着手处理偏见，患者和家属有着共同的看法：良好的归属感，正是让组织脱颖而出的区别因素。归属感会改变患者和家属的体验，如下方示例所示：

- **患者会感觉得到倾听。**有时，患者并不指望恢复健康。但他们希望得到倾听。Pride 分享了一则关于医务人员不愿倾听患者的故事：“如果你的回答是关于从未被问及、被需要或被要求的问题，就意味着已经开始走向

失败。”她表示，只要医务人员能够针对每个人给出适当的回答，而非只是响应他们认为值得的人群，体验自然有望得到改善。

- **患者会感觉得到重视。**灌输和培养对患者的欣赏，能够提高患者自我照护的能力。人们将有望尽早获得治疗并采取预防措施。患者将获得有效且合理的预防性建议，而非基于对种族或性别、族裔或文化先入为主的观念。
- **患者会感觉得到尊重。**若医务人员自动假设患者对自身健康问题的了解源自互联网，必定会削弱患者的归属感。医务人员应意识到，患者或许真的了解自己的身体状况，从而向患者表达其对病史和家族史了解的赞赏。
- **患者将建立忠诚度。**患者很难明白，一次接触就会产生偏见。因此，患者可能将偏见当作一次性的沟通失误而不予理会。患者可能会继续接受医务人员所提供的治疗，怀揣着终有一天被公平对待的希望。当然，通常情况下，一旦经历太多诸如此类的体验，患者往往会选择离开。从这个意义而言，归属感便等同于忠诚度。

对医务人员福祉的影响

在医疗保健行业，医务人员对偏见的参与亟待提升。要知道，大多数医生都希望组织多多采取措施，以减少不平等。DEI 办公室的建立和医生支持者的分配便是佐证。Dhalla 表示，阻力总是在所难免，有时不知如何减少偏见的担忧也会带来阻力。在以下示例中，受访者分享了提高医患交流得分的方法。

University of Maryland Medical Center 提供敏感性训练，包括基于人性化体验的模拟和角色扮演。实习医生和住院医师都将学习公平护理的理念，承诺妥善照护患者，并与患者进行真诚交流。

其他医务人员对数据的响应更为灵敏。Jefferson Health 正使用数据来支持其行动计划。例如，该机构在问卷调查和评价卡上新增一项衡量标准，从种族、宗教和文化角度询问医务人员对患者的尊重程度。最终结果会共享给医务人员，并在亟需改进的领域提供相应资源。McBee 表示，将想法付诸实践的机会，最终大幅提高了医生的参与度。

患者和家属之声对医务人员福祉的影响

患者和家属相信，对许多医务人员而言，都有必要充分理解偏见，并认识到多种声音所存在的重要价值。这取决于他们能否克服自身的心理和文化失调。此外，医务人员必须确保自己和他人对造成伤害的声音和行为负责。唯有这样，方能为所有人打造更为安全的工作环境。Pope 认为，这种责任会“传染”。“一个领域的公平，有望推动其他领域的公平和公正。”她表示。

对文化的影响

医疗保健领导者以及患者和家属纷纷表示，营造归属感有助于改善患者体验，但他们亦指出，这是组织文化方面的战略需求。Guyton 表示：“我们看到很多不同层面的对话，文化正在悄然转变。人们感觉更受欢迎。当我们提及多元、包容或偏见时，我们实际上是在谈论归属感。”她表示，接纳他人想法并非一项计划或举措，而是将开放的思想嵌入组织文化，并决定彼此交流的方式。

营造归属感时，不应局限于医疗保健系统，还应囊括未被充分代表的社区。领导人员的角色，是展现医疗公平承诺的关键所在。公开反对不公正的领导者承认边缘化社区正遭受种种痛苦，并将多元、包容和社区公平列为优先事项。McBee 表示，如果万事就绪，接下来文化便会改变。“我们正向高层领导发出呼吁。正是他们为整个组织定下基调。”他分享道，当不良社会事件发生时，组织的特质就会凸显并滋养文化。

患者和家属之声对文化的影响

患者和家属对整个组织有着广泛的体验，他们强调，偏见存在于“从前台到医生以及穿梭其间的所有人身上”，并在组织文化中产生共鸣。Ware 建议称，各大组织必须在工作流程中建立灵活性，以尊重不完全符合组织模式的人群。她举例称，带有孩子的家庭无法在候诊室等待 30 分钟。这不太现实，那么有什么应急计划能够帮助这类家庭？她分享道，谁都不希望看到人们说：‘好吧，我们再不去看医生，免得情绪崩溃。’正如 Ware 的亲身经历，这种心态不利于孩子的健康，并会对父母产生不利影响。

从医疗保健领导者处学到的经验

“我们必须意识到，所有人在成长过程和当前环境中都存在一定程度的无意识偏见。唯有这样，我们才会努力处理此类信息，质疑我们对他人的“直觉”和假设，然后共同携手消除真正造成健康不公平的关键障碍。”

Christine Kouri, CHEO 健康公平和多元经理

从每天从事此项工作的领导者身上，我们总结出在医疗保健行业中引导偏见的一些发人深省且强大实用的经验教训，句句都分量十足，在此一一展示。在下方，我们分享了一些承诺和致力于 DEI 的领导者的直接想法。

Naté Guyton

- “从自己开始。经常审视自己，要有自我意识。你永远不知道身后有谁。但身为领导者，人们会关注你和追随你。”
- “永不放弃。你必须继续展开对话。”
- “坦然敞开心扉并直面自己的脆弱（甚至在员工面前哭泣）。George Floyd 去世后，我不得不备受煎熬，努力寻求内心的平静。我不得不与员工进行艰难的对话。我们看到了什么？我们如何从中吸取教训？我对此有何感想？我是否感到愤怒？为打破一些壁垒，我必须直面自己的脆弱。”
- “与社区建立联系。设法进入护理学校，进入社区中心，进入无家可归者收容所。这才是真正的健康公平。”
- “在如今的医疗保健中，过往模式早已不再适用。我们必须敏捷灵活地找到适用于现在的模式。这可能不是未来的模式，甚至不是两年后的模式。但身为医务人员，我们必须明白，科学的确重要，但所服务之人的人性化体验最为重要。”

Dwight McBee

- “身为该领域的领导者，我们需要自如地应对所有不适。了解黑人产妇死亡率绝非易事。其原因在于，当我们所服务的人群存在差异，临床周转时间便会出现差异。”
- “与以往相比，我们必须更加积极地重新设想最弱势群体的准入、参与和资源分配，以确保我们所服务的对象获得公平的结果。当所有患者都得到全面提升，这样的质量结果方能被我们所接受。”
- “我们需要随时准备好数据点和资料。进入病房时，我们必须随时掌握相关信息，才能更好地主张我们所需要的资源。”

Jennifer Carron Passon

- “从董事会、总裁、首席执行官和高层领导开始。务必将之融入我们的使命、愿景、价值观和战略计划。”
- “且新团队成员的教育和培训也应有所体现。这是医生和护理教育的基础所在。”
- “必须将其个体化。谈论偏见实属正常。人人都不能幸免。”

Irfan Dhalla

- “幸运的是，首席执行官和董事会完全支持这一愿景。”

- “关键在于倾听偏见、歧视和种族主义受害者的声音，并跟随他们的指引。我们无需收集更多数据，即可知晓这些问题的存在。”

Maxine Legall

- “这并非照本宣科的形式主义。一旦做出承诺，就必须开始着手处理偏见。我们正踏上旅程，终点尚未可知。”
- 组织必须具备足够的勇气，以着手发起此类对话。要知道，这不仅对他们服务的患者很重要，对他们旗下的员工也同等重要，因为员工也正经历着偏见。”
- “我们必须承认，医疗领域存在偏见，我们都会存在偏见。完成这项工作的过程中，请务必始终秉持承诺。”

Karen Bonner

- “记住，身为盟友，一旦只身踏上旅程，就不得不更加勇敢，因为挑战就在前方。”
- “利用正确的信息和工具来武装自己，以支持人们对于偏见和不公平的理解。确保人人都肩负起文化和环境的责任，而非仅仅由你自己或 DEI 领导一力承担。打造更公平的工作场所，将让所有人受益。”
- “要回答‘为何重要’这一问题，有必要思考两三个关键事项。对于我们的照料对象以及共事之人，这点至关重要。我们获得更好的结果，并且我们都感觉更具价值。无论是患者还是医务人员，所有人的总体体验都将得到改善。”

领导者重要须知

“当前的目标不是公平，而是公正，希望 15 年后，我们不再需要询问相同的问题。”

在我们寻求实现医疗行业新常态的同时，我们必须承诺按照行业宣言采取行动，以揭露长期不予处理的不公平所带来的弱点和创伤。“解决偏见的核心是实现公正，” Dhalla 说道，“人人都应有同样的机会去发展和发挥自己的健康潜能。但如果接受医疗保健服务之人经历偏见或歧视，一切就无从谈起。从本质上讲，这并不公平。”

令我们感到高兴的是，现在大家都愿意公开谈论偏见。但是，对话重点需要“从偏见为何错误”转变为“我们如何拨乱反正”。Pride 分享道，最令我们困扰的地方在于，人们在 2022 年所担心的医疗保健问题其实早已存在多年。“没有理由让如今的我去对我母亲在 1972 年所经历的一样遭遇。”

患者和家属受访者介绍了他们认为领导者需要了解的此主题相关信息。他们特别强调，定不能局限于当下对偏见的反应，而应更多地关注于对变化存在可持续影响的长期战略。Pope 表示：“当前的目标不是公平，而是公正，希望 15 年后，我们将不再需要询问相同的问题。”

医疗保健领导者有机会保护患者远离偏见。培训可帮助医务人员理解内隐偏见，但不能将应对偏见延伸为品格培养练习。偏见存在切实的安全隐患，除非将偏见视为安全问题予以处理，否则势必得不到足够的关注，也就无法真正改变患者的体验。

患者和家属受访者纷纷表示，医疗保健领导者可通过以下方式来提高对不公平的认识：

- **认识到偏见人皆有之。** Richardson 表示，不是只有其他人才会有偏见。她解释称，“我没有任何偏见，因为我只关心科学”等情绪

并不正确。人人都存在偏见。偏见根植于社会，源自于我们周围的人以及我们在社会环境中所遇到的人。

- **承认偏见不只是为了不造成伤害。** 领导者需要明白，他们所做之事会从整体上影响到他人的生活。不能仅关注于不造成身体伤害，假装“我不存在偏见，因为我没有造成伤害”。领导者必须退后一步，反思他们对患者的不了解或对治疗的漠视如何影响到患者的情绪。“谁都不希望在自己寻求帮助的地方受到伤害。” Pride 说道
- **在医学领域之外培养与患者的关系。** Richardson 认为，要缓解不平等，需要所有人团结一心，而这正是难点所在。正是偏见，让医生难以与非裔或拉美裔患者交流疾病以外的事项。医生曾入学接受过相关培训，自然能轻松找到诊断的途径。但此时此刻，医生亦可抓住机会，学习如何与不曾接触过的人群进行对话。“我们渴望建立起对话的桥梁，但这很困难，因为它始于一种很少存在的社交互动。” Richardson 说道。
- **支持互惠关系以克服偏见。** 人人都需要互相倾听，就患者最佳治疗方案达成共识。“在进入病房前，医务人员不应怀有任何想法。” Ware 分享道。医务人员进入病房前，不应作出任何假设，自医务人员和患者成为合作伙伴开始就应如此，也即是“我想听听你的心声，你也听听我的看法”，她提倡道。如果不这样，必将有损彼此之间的信任，关系自然难以从头开始。

“医务人员进入病房前，不应作出任何假设，自医务人员和患者成为合作伙伴开始就应如此。”

- **对员工进行偏见教育。**员工需要明确的定义。领导者必须区分当前存在的各类偏见，分享切实可行的个人解决方法，尤其是针对临床医生、住院医师和医学生。培训过程中，必须向员工提供关于如何在候诊室、登记台、高管决策和招聘活动中淋漓展现的具体示例。

最终，变革将使我们所有人获益。借助习得教育和理解，Pride 表示：“我们需要全面的真相。我们如何将其融入内心和思想之中，并将其转变为需求，以期做得更好？”“全面的真相”意味着共同呼吁仔细聆听，探索各种说法中的真相，然后携手共进，以确保分享和理解的整体性。

未来的希望

“我希望，我们了解得越多，做得就越好。要想理解和解决偏见，我们就需要积极了解自身偏见，并对此负责，以便做得更好。有些人陷于了解，有些人陷于问责。二者在展示对医疗保健多元、公平和包容的承诺方面均至关重要。”

Rhae-Ann Booker, Ph.D., Metro Health - University of

Michigan Health 多元、公平和包容副主席

近来，我们已了解到社区对重建医疗保健中信任的迫切需要。³⁸ 所有希望社会克服医疗行业偏见的医疗保健领导者、患者和家属受访者亦是如此。我们必须坚定不移地表明立场。要知道，唯有我们独立健全，我们才能共同强大。如果个人不能协同工作，公平性和包容性的全面声明便无从谈起。

重建信任，意味着承担数字和透明度方面的责任。我们不能让相关人员轻松过关。医疗保健机构必须让人们知晓，各类行动和战略已经就绪，他们可以且应该对组织抱有期待。

受访者最希望医疗保健领域的公平承诺真正实现，而非只是形式主义。我们必须知晓，支持消除不公平和排斥现象，势必要付出一定的代价。我们必须为此做好充分准备；解决医疗保健行业中偏见的影响将是一场旷日持久之战，而非短期博弈。

George Floyd 逝世后，希望打破各种表演型同盟关系，并弄清楚消除医疗保健行业中的偏见有何意义。

（表演型同盟关系是指个人出于某些原因而假扮少数群体的同盟角色，实际上并非真正关心少数群体的体验和平等。）对 Bonner 而言，这意味着在发现偏见的刹那便立即将其指出。“这即是同盟关系的好处，”她说道，“如果感到和看到偏见，请务必支持人们度过艰难时刻。请向他们指出偏见，让他们知道自己此时的言行举止有所不妥，从而带来深远影响。”

偏见存在于诸多交叉点之上。努力消除医疗保健不公平现象之际，必须倾听所有声音。我们的任务是做正确之事，但这绝非易事。现在是做出转变和改变的时候。

Pride 表示，转变始于真正接纳我们都可以通过自身的不同而做出改变：“每一次转变，都将推动一种想法的萌芽，正如仇恨和刻板印象的种子会结出更多的仇恨和刻板印象。但这些仇恨和刻板印象终将得以清除，并被希望、团结和爱的种子取而代之。”

Pride 总结称，这需要大家挺身而出，自愿从事这项工作，且具备足以傲视历史的充足勇气。我们必须从历史汲取教训，并用于应对这一问题。“我对此很是乐观，”她说道，“但必须准备好展开真诚对话，以推动进程向前发展。”

参考资料

1. Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. 《医疗保健行业的内隐偏见：临床实践、研究和决策》(Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making). *Future Healthc J*. 2021 年; 8(1):40-48. doi:10.7861/fhj.2020-0233
2. Projectimplicit.org
3. Chapman, EN, Kaatz, A 和 Carnes, M. 《内科医生与内隐偏见：医生如何无意识延续医疗保健行业的差异问题》(Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities). *J GEN INTERN MED* 28, 1504-1510 (2013 年)。https://doi.org/10.1007/s11606-013-2441-1
4. Ahadinezhad B, Khosravizadeh O, Maleki A, Hashtroodi A. 《通过 IAT 衡量医学毕业生和学生中存在的内隐种族偏见：系统综述和综合分析》(Implicit racial bias among medical graduates and students by an IAT measure: a systematic review and meta-analysis) [提前在线出版：2021 年 9 月 8 日]。 *Ir J Med Sci*. 2021 年; 10.1007/s11845-021-02756-3. doi:10.1007/s11845-021-02756-3
5. Penner LA, Dovidio JF, West TV 等人。《厌恶性种族主义和与黑人患者的医疗互动：现场研究》(Aversive racism and medical interactions with black patients: a field study). *J Exp Soc Psychol*. 2010 年; 46(2):436-440. doi:10.1016/j.jesp.2009.11.004
6. 了解和消除医疗保健行业中的种族和族裔差异委员会 (Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care)。《不平等服务：面对医疗保健行业中的种族和族裔差异》(Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care)。Brian D. Smedley, Adrienne Y. Stith 和 Alan R. Nelson 编写；了解和消除医疗保健行业中的种族和族裔差异委员会；健康科学政策委员会 (Board on Health Sciences Policy)；医学研究所 (Institute of Medicine)。Washington, DC；2003 年。
7. Oliver MN, Wells KM, Joy-Gaba JA, Hawkins CB, Nosek BA. 《医生对非裔美国人的内隐观点是否会影 响临床决策？》(Do physicians' implicit views of African Americans affect clinical decision making?). *J Am Board Fam Med*. 2014 年; 27(2):177-188. doi:10.3122/jabfm.2014.02.120314
8. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A 等人。《种族主义是健康的决定因素：系统综述和综合分析》(Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2015 年; 10(9):e0138511. doi:10.1371/journal.pone.0138511
9. Dovidio JF, Fiske ST. 《雷达之下：临床互动的决策过程中未经审查的偏见如何导致医疗保健行业差异》(Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities). *Am J Public Health*. 2012 年; 102(5):945-952. doi:10.2105/AJPH.2011.300601
10. Esnaola NF, Ford ME. 《癌症治疗和预后的种族分歧和差异：问题出自何处？》(Racial differences and disparities in cancer care and outcomes: where's the rub?). *Surg Oncol Clin N Am*. 2012 年; 21(3):417-437, viii. doi:10.1016/j.soc.2012.03.012
11. Mehta JL, Bursac Z, Mehta P 等人。《退伍军人事务医院心血管药物处方和心脏病预后的种族差异》(Racial disparities in prescriptions for cardioprotective drugs and cardiac outcomes in Veterans Affairs Hospitals). *Am J Cardiol*. 2010 年; 105(7):1019-1023. doi:10.1016/j.amjcard.2009.11.031
12. Saha S, Korhuis PT, Cohn JA, Sharp VL, Moore RD, Beach MC. 《基层医务人员在 HIV 护理和预后方面的文化能力和种族差异》(Primary care provider cultural competence and racial disparities in HIV care and outcomes). *J Gen Intern Med*. 2013 年; 28(5):622-629. doi:10.1007/s11606-012-2298-8
13. van Ryn M, Burgess DJ, Dovidio JF 等人。《种族主义对临床医生认知、行为及临床决策的影响》(The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision-making). *Du Bois Rev*. 2011 年; 8(1):199-218. doi:10.1017/S1742058X11000191
14. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM 等人。《医疗保健专业人员的内隐种族/族裔偏见及其对医疗保健结果的影响：系统综述》(Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review). *Am J Public Health*. 2015 年; 105(12):e60-e76. doi:10.2105/AJPH.2015.302903
15. Green, AR, Carney, DR, Pallin, D.J. 等人。《医生的内隐偏见及其对黑人和白人患者溶栓决策的预测》(Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients). *J GEN INTERN MED* 22, 1231-1238 (2007 年)。https://doi.org/10.1007/s11606-007-0258-5

16. Blair IV、Steiner JF、Fairclough DL 等人。《临床医生对黑人和拉丁裔患者的内隐种族/族裔偏见和护理观念》(Clinicians' implicit ethnic/racial bias and perceptions of care among Black and Latino patients)。Ann Fam Med。2013 年; 11(1):43-52. doi:10.1370/afm.1442
17. FitzGerald C、Hurst S。《医疗保健专家的内隐偏见: 系统综述》(Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review)。BMC Med Ethics。2017 年; 18(1):19。2017 年 3 月 1 日出版。doi:10.1186/s12910-017-0179-8
18. Johnson RL、Roter D、Powe NR、Cooper LA。《患者种族/族裔和患者-医生在就医期间的沟通质量》(Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits)。Am J Public Health。2004 年; 94(12):2084-2090。
19. Park J、Saha S、Chee B、Taylor J、Beach MC。《医生在患者病历中使用侮辱性语言》(Physician Use of Stigmatizing Language in Patient Medical Records)。JAMA 网络开放版。2021 年; 4(7):e2117052。doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.17052
20. Oliver MN、Goodwin MA、Gotler RS、Gregory PM、Stange KC。《临床就医的时间安排: 非裔美国人的治疗有无区别?》(Time use in clinical encounters: are African-American patients treated differently?)。J Natl Med Assoc。2001 年; 93(10):380-385。
21. Bani Saluja 和 Zenobia Bryant。Journal of Women's Health。2021 年 2 月, 270-273。http://doi.org/10.1089/jwh.2020.8874
22. Kogan MD、Kotelchuck M、Alexander GR、Johnson WE。《医务人员关于产前护理建议的种族差异》(Racial disparities in reported prenatal care advice from health care providers)。Am J Public Health。1994 年; 84(1):82-8。doi:10.2105/AJPH.84.1.82。
23. Mende-Siedlecki P、Lin J、Ferron S、Gibbons C、Drain A 和 Goharзад A, (2021 年)。《无视疼痛: 评估疼痛感知中种族偏见的普遍性》(Seeing no pain: Assessing the generalizability of racial bias in pain perception)。Emotion, 21(5), 932-950。https://doi.org/10.1037/emo0000953
24. Sabin JA 和 Greenwald AG。2012 年: 《内隐偏见对 4 种常见儿科疾病的治疗建议的影响: 疼痛、泌尿道感染、注意力缺陷多动障碍和哮喘》(The Influence of Implicit Bias on Treatment Recommendations for 4 Common Pediatric Conditions: Pain, Urinary Tract Infection, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Asthma), American Journal of Public Health 102, 988_995, https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300621
25. Oliver MN、Wells KM、Joy-Gaba JA、Hawkins CB、Nosek BA。《医生对非裔美国人的内隐观点是否会影响到临床决策?》(Do physicians' implicit views of African Americans affect clinical decision making?)。J Am Board Fam Med。2014 年; 27(2):177-188。doi:10.3122/jabfm.2014.02.120314
26. Maslach C、Jackson SE、Leiter MP。《Maslach 职业倦怠量表》(Maslach Burnout Inventory)。(第四版) Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc; 2016 年。
27. Dyrbye L、Herrin J、West CP、Wittlin NM、Dovidio JF、Hardeman R、Burke SE、Phelan S、Onyeador IN、Cunningham B、van Ryn M。《住院医生职业倦怠与种族偏见的关系》(Association of racial bias with burnout among resident physicians)。JAMA 网络开放版。2019 年; 2(7):e197457。
28. Johnson TJ、Hickey RW、Switzer GE、Miller E、Winger DG、Nguyen M、Saladino RA、Hausmann LR。《急诊科认知压力源对医生内隐种族偏见的影响》(The impact of cognitive stressors in the emergency department on physician implicit racial bias)。Academic Emergency Medicine。2013 年; 23(3):297-305。
29. The Beryl Institute – Ipsos PX Pulse, 2022 年 3 月, https://www.theberylinstitute.org/page/PXPULSE
30. 《新常态》(The New Existence), The Beryl Institute, https://www.theberylinstitute.org/page/new-existence
31. 《人性化体验宣言》(A Declaration for Human Experience), The Beryl Institute, https://transformhx.org/
32. van Ryn, M, 《研究医疗保健行业中的无意识偏见》(Researching unconscious bias in health care), Mayo Clinic, 健康差异研究办公室, 2015 年 4 月, https://www.bing.com/videos/search?q=bias+in+healthcare%2c+y+ou+tube&docid=607999517876649058&mid=143B04B64DJA7D78AD80B143B04B64DA7D78AD80B&view=detail&FORM=VIRE
33. Gleason J、Ross W、Fossi A、Blonsky H、Tobias J 和 Stephens M, 2021 年 3 月 5 日; 《Covid-19 对美国智力障碍者的破坏性影响》(The Devastating Impact of Covid-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States), Catalyst non-issue content (nejm.org) https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0051

34. 医学研究所（美国），了解和消除医疗保健行业中的种族和族裔差异委员会，Smedley BD、Stith AY、Nelson AR 编写。《不平等服务：面对医疗保健行业中的种族和族裔差异》(Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care)。Washington (DC): 国家学术出版社（美国）；2003 年。
35. Rushton CH、Wood LJ、Grimley K、Mansfield J、Jacobs B、Wolf JA。《重建信任基础：关于为所有人打造更安全环境的行动呼吁》(Rebuilding a foundation of trust: A call to action in creating a safe environment for everyone)。Patient Experience Journal。2021 年，8(3):5-12。doi:10.35680/2372-0247.1651
36. Sabin JA 和 Greenwald AG，2012 年：《内隐偏见对 4 种常见儿科疾病治疗建议的影响：疼痛、泌尿道感染、注意力缺陷多动障碍和哮喘》(The Influence of Implicit Bias on Treatment Recommendations for 4 Common Pediatric Conditions: Pain, Urinary Tract Infection, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Asthma)，American Journal of Public Health 102, 988_995，<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300621>
37. 《体验框架》(Experience Framework)，The Beryl Institute，<https://www.theberylinstitute.org/page/ExperienceFramework>
38. 《重建信任基础：员工安全和体验》(Rebuilding a Foundation of Trust: Workforce Safety and Experience)，The Beryl Institute，<https://www.theberylinstitute.org/general/custom.asp?page=WEBtrustsafety22>

来自 The Beryl Institute 的参考资料

2022 年

助力医疗保健行业重塑安全工作场所：成就人性化体验的承诺

2021 年

自愈的力量：通过正念来改善体验

收入周期在提升医疗保健行业人性化体验中的作用

成为最佳地点：提升老年人生活社区的人性化体验

对提升医疗保健行业人性化体验的全球看法

重新审视“定义患者体验”：扩展我们对医疗保健行业人性化体验的看法

2021 年消费者对患者体验的看法

改善成果：门诊医疗体验的影响

2020 年

2020 年创新奖项：表彰在改善患者体验中的创新性和独创性

探索体验测评的未来

在医疗保健行业虚拟连接新纪元维持人性化体验

2030 年人性化体验：
医疗保健行业的未来愿景

关怀儿童：儿科环境中的患者体验展望

医疗保健行业中的安全体验：拓展认知和解决方案的呼吁

提高痴呆症患者的体验

2019 年

体验领导者：医疗保健行业的关键角色

2019 年患者体验的状况：关于人性化体验之未来的行动呼吁

患者维权：扩大患者和家属支持的范围

改革患者体验：趋势、差距和机会

改善 NICU 的患者和家属体验

护士主管在患者体验中的作用

2018 年

人性化护理：影响当代医疗保健行业中人性化体验的种种因素

2018 年消费者对患者体验的看法

互联：
探索积极推进患者体验和沟通的改进工作

从儿童生活专家处了解到的患者体验

2017 年

关联：通过沟通来改善医患关系和医疗保健行业本身

2017 年患者体验的状况：回归目的

支持员工的情感需求：Schwartz Rounds 对护理人员和患者体验的影响

构建患者体验：揭示未来契机

2016 年

卓越患者体验的指导原则

家庭护理人员在整个患者体验中的作用

个人医疗保健行业体验对 PX 专业人员之影响的反思

志愿者在改善患者体验中的作用

技术在患者体验中的作用：洞见和趋势

2015 年

精神归属在患者体验中的重要作用

领导和维持患者体验表现

2015 年患者体验的状况：患者体验运动中的全球视角

在整个连续护理中改善患者体验的对话

患者维权：患者体验中的重要一环

在长期护理中注重个人的作用：连续护理的视角

2014 年

定义患者体验：医疗组织的关键决定

慈心关怀的无形阻碍：医生倦怠的影响

Driving Exceptional PX 中人才甄选和利用的作用

患者体验与医院财政绩效的关联

首席体验官 - 新兴关键角色

2013 年

改善患者体验的测评之声

医疗活动和医疗团队之声：探索患者体验的状况

通过生活娱乐增强患者体验

患者和家属之声：助力改善患者体验的合作伙伴

实践之声：探索行动中的患者体验 - The Beryl Institute 的
On the Road 亮点

未来之声：学生对患者体验的看法

高管之声：对患者体验的看法

2012 年

组织文化在积极患者体验中的作用：领导者重要须知

患者对卓越体验的看法：高情商员工的影响

隐私的作用和感知及其对患者体验的影响

构建患者体验工作：有效实践的探讨

制定保持安静的方针：解决医院噪音的挑战

医生对患者体验的看法

基准化患者体验：改进工作的五大优先事项

2011 年

回归服务：患者体验的财政影响


创造“PEAK”患者体验

文化能力在实现积极患者体验中的作用

美国医院中患者体验的状况

收入周期：改善患者体验的重要组成部分

互动技术助力提升患者体验



Remove the need to ask your patients for patience

Qualtrics XM for Healthcare, designed by experience management professionals and medical experts, maps out the entire patient journey in detail, uncovering real-time insights so your staff can fix pain points fast.

**An optimized patient experience
never stops improving**

Learn how at qualtrics.com/healthcare.