

Inaugurele rede
prof. dr.

Jeanine Suurmond

Ongelijkheid ongelijk
behandelen?

Persoonsgerichte
gezondheidszorg in een
diverse samenleving

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Radboud Universiteit
Faculteit der Medische Wetenschappen



Jeanine Suurmond is hoogleraar 'Inclusieve persoonsgerichte zorg voor kwetsbare burgers' aan de Radboud Universiteit, en werkt al meer dan 20 jaar aan diversiteitssensitieve zorg. Haar onderzoek richt zich op het verminderen van gezondheidsverschillen door barrières in de zorg te identificeren en aan te pakken voor patiënten in kwetsbare omstandigheden, met participatief onderzoek als uitgangspunt. Ook zet ze zich in voor diversiteit en inclusie in het zorgonderwijs. Ze was Universitair Hoofddocent en Diversity Officer bij Amsterdam UMC en is actief in diverse advies- en werkgroepen, waaronder CODING en de NVMO-werkgroep Diversiteit & Inclusie. De leerstoel deels gefinancierd door Pharos.

Krijgt een vrouw met borstkanker en een laag inkomen even vaak een borstreconstructie als een vrouw met een hoog inkomen? Onderzoek toont van niet. Dit voorbeeld laat zien dat goede zorg in Nederland niet altijd recht doet aan mensen in kwetsbare omstandigheden. Factoren zoals beperkte financiële middelen, taalbarrières, lage gezondheidsvaardigheden, een klein netwerk en chronische stress beïnvloeden toegang tot zorg en uitkomsten. Rechtvaardige zorg betekent dat iedereen recht heeft op dezelfde zorg, maar sommigen ondersteuning nodig hebben om dat recht te benutten. Mijn onderzoek richt zich op discriminatie, impliciete vooroordelen, cultuursensitieve zorg en betere samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein. Ook zet ik me in voor onderwijs waarin geneeskundestudenten structureel diversiteits-sensitieve competenties ontwikkelen — met ervaringsgericht leren als uitgangspunt. Goede zorg vraagt om erkenning van menselijke kwetsbaarheid én om praktische maatregelen die zorgen dat iedereen daadwerkelijk toegang heeft tot passende zorg.

ONGELIJKHEID ONGELIJK BEHANDELEN? PERSOONSGERICHTE GEZONDHEIDSZORG IN EEN DIVERSE SAMENLEVING

Ongelijkheid ongelijk behandelen?

Persoonsgerichte gezondheidszorg in een diverse samenleving

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de leeropdracht 'Inclusieve persoonsgerichte zorg voor kwetsbare burgers' aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit op vrijdag 10 oktober 2025

door prof. dr. Jeanine Suurmond

De leerstoel wordt deels door Pharos gefinancierd

Ongelijkheid ongelijk behandelen? Persoonsgerichte gezondheidszorg in een diverse samenleving

Uitgegeven door RADBOUD UNIVERSITY PRESS
Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen
www.radbouduniversitypress.nl | radbouduniversitypress@ru.nl

Deze publicatie maakt deel uit van de series Redes en Oraties.

Fotografie: Eric Scholten
Omslag: naar ontwerp van Textcetera
Print en distributie: Pumbo.nl

ISBN: 9789465152509
Gratis te downloaden op: www.radbouduniversitypress.nl

© 2026 Jeanine Suurmond

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.

Rector magnificus, beste collega's, familie en vrienden,

Gezondheidsverschillen

Vandaag ga ik het hebben over persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving. Maar om te beginnen heb ik misschien een vreemde vraag voor u: Denk even aan uw postcode. Wie denkt dat de postcode meer over uw levensverwachting zegt dan uw medische voorgeschiedenis?

Waar je geboren wordt, beïnvloedt je gezondheid. In Nederland zijn er grote verschillen tussen regio's. In blauwe gebieden ligt de levensverwachting bijna 8 jaar hoger dan in rode gebieden, terwijl witte gebieden gemiddeld scoren. Dit noemen we gezondheidsverschillen: verschillen in levensverwachting, maar ook gezonde levensjaren en ervaren gezondheid.¹

Ook binnen steden bestaan zulke verschillen. Uit onderzoek in Nijmegen blijkt dat inwoners van wijken als Lindenholt en Dukenburg vaker met astma, diabetes, obesitas te maken hebben en vaker roken dan bewoners van Wezenhof of Lent. Lindenholt en Dukenburg kennen bovendien meer inwoners met armoede en lagere inkomens.²

Gezondheidsverschillen verklaard

Er is duidelijk een verband tussen inkomen, opleiding en gezondheid. Bijvoorbeeld we weten dat mensen met een laag inkomen gemiddeld ongeveer 22 jaar korter in goede gezondheid leven in vergelijking met mensen met een hoog inkomen. Ook is er verschil naar opleiding. Mensen met een opleiding tot mbo-2 leven korter dan mensen met een HBO- of vwo-opleiding.³ Ook migratieachtergrond speelt een rol: bijvoorbeeld ouderen met een migratieachtergrond ervaren hun gezondheid minder vaak als goed dan in Nederland geboren ouderen.⁴

Dat niet iedereen dezelfde gezondheid heeft is voor een deel onvermijdelijk.⁵ Mensen verschillen genetisch en biologisch van elkaar waardoor zij al bij hun geboorte niet allemaal

¹ Bijvoorbeeld: CBS 2025. Download van: Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers | CBS

² Rietveld H, Strik S. Klinische populatie Radboudumc. Medische codering - Radboudumc Instituut voor Patiëntenzorg, 2024. Zie verder ook informatie van GGD Gelderland Zuid: Thema's - Gemeenteprofiel Volwassenen (18-64 jaar) - Nijmegen

³ CBS 2025. Gezonde levensverwachting, geslacht, leeftijd en onderwijsniveau. Download van: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?dl=C74F00> StatLine - Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

⁴ CBS 2022. Integratie en samenleven. Gezondheid. Download van: Gezondheid - Integratie en Samenleven | CBS

⁵ Bijvoorbeeld: McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019 Jul;172:22-30.

met dezelfde uitgangspositie beginnen. Maar er zijn dus ook andere factoren die een rol spelen. In een grote Europese studie van de Wereld Gezondheidsorganisatie is gekeken naar welke factoren belangrijk waren voor ervaren gezondheid.⁶

Belangrijkste factor voor ervaren gezondheid was niet een goede gezondheidszorg, maar bestaansonzekerheid. Dus belangrijk voor iemands ervaren gezondheid is of die de rekeningen kan betalen van het elektriciteitsbedrijf of geld heeft voor gezond eten. Belangrijk was ook huisvesting voor ervaren gezondheid en het hebben van een sociaal netwerk en vaardigheden om informatie over gezondheid en zorg te begrijpen en toe te passen. Gezondheidszorg bepaalt maar voor ongeveer 10% de ervaren gezondheid. Je zou dan zeggen dat die 10% die de zorg bepaalt, perfect moet zijn. Helaas is die 10% zorg nog niet perfect. Om dit beter te kunnen illustreren, wil ik hier een eigen voorbeeld vertellen.

Twee jaar geleden heb ik op deze baan van hoogleraar waar ik nu mijn oratie voor houd, gesolliciteerd. Tegelijkertijd met de uitnodiging voor het sollicitatiegesprek kreeg ik de diagnose borstkanker. Ik startte met chemotherapie, deed het sollicitatiegesprek en de avond dat ik mezelf weer een injectie moest geven werd ik gebeld door de voorzitter van de commissie dat ik door was naar de volgende ronde. Het eerste beste papertje dat ik kon vinden lag toevallig naast me op de bank en dat was de informatie over de injectie. Ik noteerde de datum van het volgende gesprek (21 november) en nog wat andere belangrijke zaken. Dit was toen de context van mijn ziekte, en net als bij elke patiënt is de context waarin je ziek bent belangrijk. Daar kom ik straks nog op terug.

In oktober 2023 begon ik met de eerste van in totaal 15 chemotherapiebehandelingen. Mijn man bracht me naar het ziekenhuis en werkte tijdens de kuren gezellig op de laptop naast me. De laatste kuur werd geannuleerd vanwege ernstige neuropathie; mijn zenuwen in handen en voeten zijn beschadigd en ik heb nog steeds tintelingen, pijn en spierzwakte. Daardoor laat ik regelmatig dingen uit mijn handen vallen en raak ik tijdens het lopen snel uit balans.

Na de chemo kreeg ik drie weken dagelijks bestraling. Ik moest daarvoor op en neer naar het UMC Utrecht wat ik leuk vond, lekker op mijn e-bike vanuit Bilthoven. Vervolgens kreeg ik een operatie met borstreconstructie, ik hoefde niet op een wachtlijst omdat ik meedeed aan een klinische studie. Hierna begon ik met Tamoxifen, dat is een antihormoonmiddel. Eén keer nam ik per ongeluk Oxazepam (een rustgevend middel) door de verwarring rond de letter X – ik sliep toen wel lekker. Wel moest ik de Oxazepam zelf betalen in de apotheek, maar dat was voor mij geen probleem. Om mijn conditie op te bouwen kreeg ik fysiotherapie, waarvan ik de

⁶ WHO, 2019. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Geneve, WHO. En zie voor recente Nederlandse cijfers: Meulman I, Jansen T, Uiters E, Cloin M, Polder J, Stadhouders N. Decomposing socioeconomic differences in self-rated health and healthcare expenditure by chronic conditions and social determinants. *Int J Equity Health*. 2025 May 28;24(1):154.

eerste twintig behandelingen zelf betaalde. Daarna ging ik zelf door met krachttraining in een fitnesscentrum. Ik overleefde de kanker. Het was alles bij elkaar een angstige, stressvolle en moeilijke tijd. Mijn lichaam is nog steeds gehavend door alle behandelingen en ook mentaal is het soms lastig. Ik slaap nog steeds slecht door de antihormoonbehandeling, omdat ik 's nachts last heb van opvliegers. Maar ik ben er nog en met wat ze noemen een zittend beroep met mogelijkheden tot thuis werken kon ik eigenlijk al snel na alle behandelingen fulltime aan de slag in mijn nieuwe baan. Ik heb tijdens mijn ziekte en behandeling vaak gedacht: hoe zou deze zorg zijn voor patiënten die niet goed kunnen lezen of schrijven, geen Nederlands spreken, weinig geld hebben, niet zo mondig of assertief zijn of andere culturele waarden hebben over wat goede zorg is? Wat was hun context? Wat zijn kwetsbaar makende omstandigheden waardoor zij mogelijk minder goede zorg krijgen?

Hoe kunnen we verschillen in zorggebruik verder verklaren?

Inkomen

Deed het ertoe dat ik een hoog inkomen heb? Ja zeker! Een onderzoek van het Integraal Kankercentrum Nederland laat zien dat vrouwen met borstkanker met een laag inkomen, minder vaak een operatie krijgen in vergelijking met vrouwen met een hoog inkomen.⁷ Als deze vrouwen wel geopereerd worden, is het wat vaker een amputatie zonder directe borstreconstructie. Ook blijkt uit dit onderzoek dat vrouwen met borstkanker met een laag inkomen iets minder vaak bestraling krijgen na een operatie dan vrouwen met een hoog inkomen. Kijken we naar alle kankersoorten samen dan hebben patiënten met weinig inkomen een verhoogd risico op negatieve effecten op hun werk, zoals een langere periode van ziekteverzuim, op baanverlies als gevolg van de diagnose kanker en een lagere kwaliteit van het werkende leven.^{8,9} Mensen met kanker uit de hogere-inkomensgroep krijgen daarentegen vaker fysiotherapie en volgen vaker een revalidatieprogramma dan mensen uit de lagere inkomensgroep.⁸

Voor deze verschillen zijn een aantal verklaringen. Mogelijk krijgen borstkankerpatiënten met weinig inkomen minder vaak bestraling omdat ze minder goed kunnen reizen of parkeerkosten niet kunnen betalen.⁷ En als je de slaapmedicatie of rustgevend middelen zelf moet betalen, kan dat een reden zijn om die bij de apotheek niet op te halen. Dat betekent dat vrouwen misschien meer stress hebben. Daarnaast kan het hebben van schulden of het leven in armoede ook leiden tot stress en zelfs tot chronische stress. Dit kan leiden tot

⁷ IKNL. Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel II: verschillen rondom behandeling. Download van: Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen voor, tijdens en na kanker

⁸ IKNL. Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel III: verschillen in overleving, verloop, gevolgen en (na)zorg bij mensen met of na kanker. SES deel III

⁹ de Jong M, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, de Boer AG. Quality of Working Life of cancer survivors: associations with health- and work-related variables. *Support Care Cancer*. 2017 May;25(5):1475-1484

minder veerkracht en motivatie om zware behandelingen vol te houden.¹⁰ Chronische stress kan ook een langdurige impact op gezondheid hebben¹¹ en verhoogt het risico op andere ziektes als hart- en vaatziekten, diabetes, astma, depressies of infecties en zelfs kanker.¹²

En voor mij was het geen probleem om fysiotherapie of sportschool zelf te betalen. Voor vrouwen met beperkte financiële middelen kan het lastiger zijn om conditie op te bouwen omdat zij minder toegang hebben tot fysiotherapie. De mogelijkheden om terug te keren naar werk hangen uiteraard samen met het type werk, of je zittend werk doet of praktisch, fysiek zwaarder werk. Bij een kantoorbaan kan het makkelijker zijn om te schuiven met werktijden of om thuis te werken, waardoor er beter ingespeeld kan worden op de behoeftes van de persoon.

Sociale netwerk

Een andere factor: het sociale netwerk. Uit Amerikaans onderzoek bleek dat vrouwen met borstkanker behandelingen, zoals bestraling, soms afzegden omdat zij te veel zorgen en stress hadden over financiën, werk of zorg voor anderen.¹³ Zij hadden daarbij weinig steun van het sociale netwerk en konden geen verantwoordelijkheid voor taken overdragen. Soms was er ook angst voor stigma en hielden deze patiënten hun afspraken in het ziekenhuis voor anderen verborgen. Uit onderzoek blijkt trouwens ook dat vrouwen met borstkanker met veel sociale ondersteuning minder last hebben van bijwerkingen van de chemotherapie dan vrouwen met weinig sociale ondersteuning.¹⁴

Gezondheidsvaardigheden

En een andere factor: gezondheidsvaardigheden. Dat zijn de vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over hun gezondheid en zorg te begrijpen en toe te passen. Ik had weliswaar wat verwarring rond de letter X, maar verder kon ik de informatie prima begrijpen. In Nederland is er weinig informatiemateriaal dat op een eenvoudige manier uitleg geeft over de complexe behandelingen bij kanker, de bijwerkingen en de complexe keuzes die je als patiënt met kanker moet maken. Informatiemateriaal over medicijnen,

¹⁰ Odai-Afotey A, Lederman RI, Ko NY, Gagnon H, Fikre T, Gundersen DA, Revette AC, Hershman DL, Crew KD, Keating NL, Freedman RA. Breast cancer treatment receipt and the role of financial stress, health literacy, and numeracy among diverse breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2023 Jul;200(1):127-137.

¹¹ McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.

¹² Li C, Howard SP, Rogers CR, Andrzejak S, Gilbert KL, Watts KJ, Bevel MS, Moody MD, Langston ME, Doty JV, Toriola AT, Conwell D, Moore JX. Allostatic load, educational attainment, and risk of cancer mortality among US men. *JAMA Netw Open.* 2024 Dec 2;7(12):e2449855.

¹³ Bigatti SM, Weathers T, Hayes L, Daggy J. Challenges experienced by black women with breast cancer during active treatment: relationship to treatment adherence. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2024 Feb;11(1):516-527.

¹⁴ Oh GH, Yeom CW, Shim EJ, Jung D, Lee KM, Son KL, Kim WH, Moon JY, Jung S, Kim TY, Im SA, Lee KH, Hahm BJ. The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *J Psychosom Res.* 2020 Mar;130:109911.

over chemotherapie, operaties of bijwerkingen, preoperatieve vragenlijsten of vragenlijsten over pijn: ze zijn allemaal vaak te ingewikkeld en vaak alleen digitaal toegankelijk.^{10,15} Uit onderzoek blijkt dat artsen daar vaak geen rekening mee houden. Zij geven vaak meer uitleg geven aan patiënten waarvan zij denken dat die hoogopgeleid zijn, omdat ze aannemen dat patiënten waarvan zij denken dat die laagopgeleid zijn, minder geïnteresseerd zijn of het toch niet begrijpen.¹⁶

Dus mogelijk speelde dit een rol en kozen vrouwen met weinig inkomen minder vaak voor een operatie en als het een operatie was kozen zij vaker voor amputatie⁷, mogelijk omdat zij minder kennis hadden van de opties, daardoor minder goed konden mee besluiten, en minder assertieve communicatie met artsen hadden. Maar het kan ook dat er een bewuste keuze voor geen operatie of amputatie was: zoals zo snel mogelijk weer aan het werk moeten omdat je anders je werk kwijt bent of in je eentje voor je kinderen moeten zorgen en geen tijd hebben voor revalidatie na een zware operatie die de borstreconstructie soms is. En soms spelen taalbarrières ook een rol.^{17,18} In het geval van een taalbarrière blijken gesprekken tussen oncoloog en borstkankerpatiënt minder persoonsgericht omdat de uitleg over risico's en voordelen versimpeld wordt en er worden meer sturende behandeladviezen gegeven, mogelijk omdat de keuzes rond chemotherapie en hormonale therapie complex kunnen zijn. Ook bij beslissingen over de operatie worden beperkte opties voorgelegd aan de patiënt. Ook blijkt dat taalbarrières kunnen leiden tot een vertraging in de start van de borstkankerbehandeling.¹⁹ Onderzoek uit de Verenigde Staten laat ook zien dat zwarte vrouwen met borstkanker minder vaak vonden dat zij goede informatie kregen over de behandeling in vergelijking met witte vrouwen met borstkanker.²⁰ Tegelijkertijd bleek dat oncologen vonden dat zwarte vrouwen met borstkanker dachten dat deze patiënten de complexe informatie over behandelingen niet zouden begrijpen.²¹ We noemen deze samenloop van verschillende factoren, intersectionaliteit.²² Intersectionaliteit maakt

¹⁵ Lazarou I, Krooupa A-M, Nikolopoulos S, Apostolidis L, Sarris N, Papadopoulos S, Kompatsiaris I. Cancer Patients' Perspectives and Requirements of Digital Health Technologies: A Scoping Literature Review. *Cancers.* 2024; 16(13):2293.

¹⁶ Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health*, 11, 12.

¹⁷ Lee S, Pfaff H, Ansmann L. Language matters: assessing the role of language barriers in patient-reported experiences of breast cancer patients in Germany. *Int J Equity Health.* 2025 Nov 26;24(1):332.

¹⁸ Kelly-Brown J, Palmer Kelly E, Obeng-Gyasi S, Chen JC, Pawlik TM. Intersectionality in cancer care: A systematic review of current research and future directions. *Psychooncology.* 2022 May;31(5):705-716.

¹⁹ Spiegel DY, Levey J, Modest A, Willcox J, Bhargava N, Sharma R, Recht A. Non-English Language preference and breast cancer outcomes. *JAMA Netw Open.* 2025 Jun 2;8(6):e2514036.

²⁰ Anderson JN, Graff JC, Krukowski RA, Schwartzberg L, Vidal GA, Waters TM, Paladino AJ, Jones TN, Blue R, Kocak M, Graetz I. "Nobody will tell you. You've got to ask!": An examination of patient-provider communication needs and preferences among black and white women with early-stage breast cancer. *Health Commun.* 2021 Oct;36(11):1331-1342.

²¹ White-Means SI, Osmani AR. Racial and ethnic disparities in patient-provider communication with breast cancer patients: Evidence from 2011 MEPS and experiences with cancer Supplement. *Inquiry.* 2017 Jan 1;54:46958017727104.

²² Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

zichtbaar dat ongelijkheid in zorg niet één oorzaak heeft, maar ontstaat uit een samenspel van factoren die elkaar kunnen versterken.²³

Ofschoon ik met veel warme en ervaren zorgverleners te maken had, was voor mij de zorg ook niet altijd perfect. Zorgverleners die hun dag niet hadden, die op een botte manier de diagnose vertellen, die niet goed luisteren en niet erg invoelend zijn en elkaar soms tegenspreken. Toch bleef me vooral bij dat de gezondheidszorg structureel vaak ingericht was op mensen zoals ik. Mensen die gemakkelijk informatie begrijpen, die min of meer op gelijk niveau met de arts kunnen communiceren, assertief een optie opperen of onderhandelen over een behandeling. Mensen die iets bij kunnen betalen bij de apotheek als de arts iets voorschrijft wat niet wordt vergoed. En mensen die misschien stress hebben over een sollicitatiegesprek maar geen stress hebben over de rekeningen, over dreigend ontslag, of dat zij de huur nog kunnen betalen.

Dit is een schrijnende paradox, we noemen dit wel de "inverse care law".²⁴ Deze theorie stelt dat de mensen die het meeste zorg nodig hebben, vaak de minst goede en minst toegankelijke zorg krijgen. Dit komt omdat de redenen die ervoor zorgen dat mensen in kwetsbaar makende omstandigheden leven, dus weinig geld hebben, niet goed kunnen lezen of schrijven of de Nederlandse taal niet spreken, dezelfde redenen zijn waarom zij minder goede en minder toegankelijke zorg krijgen.

Wat mij ook trof was dat de borstkankerzorg – die voor iedereen toegankelijk is in Nederland - en vooral gebaseerd is op richtlijnen, toch niet voor iedereen dezelfde uitkomsten heeft. De uiteindelijke behandelkeuze is natuurlijk afhankelijk van een combinatie van heel veel factoren, denk aan de leeftijd en conditie van de patiënt, de gradatie van de tumor, of in het ziekenhuis veel soortgelijke ingrepen plaatsvinden, hoe de zorg georganiseerd is en wat de voorkeur is van arts en patiënt. Maar naast deze factoren spelen dus ook sociale netwerk, financiële situatie, gezondheidsvaardigheden, taalbarrières, of culturele verschillen een rol. We noemen dit onrechtvaardige gezondheidsverschillen die er niet zouden moeten zijn. Zo zeiden de onderzoekers die een studie deden naar borstkankerpatiënten uit verschillende inkomensgroepen: "Uiteindelijk wil je bereiken dat de behandeling die je krijgt niet afhankelijk is van de plaats van je wieg of je inkomen".²⁵ En hoewel mijn verhaal over borstkanker gaat, spelen soortgelijke factoren niet alleen een rol bij andere kankersoorten maar ook bij diabetes, astma, hart- en vaatziekten et cetera.^{26,27}

²³ Kelly-Brown J, Palmer Kelly E, Obeng-Gyasi S, Chen JC, Pawlik TM. Intersectionality in cancer care: A systematic review of current research and future directions. *Psychooncology*. 2022 May;31(5):705-716.

²⁴ Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*, 1971, 297, 7696, 405-412.

²⁵ IKNL. Sociaaleconomische status en behandeling borstkanker: verschillen in soort chirurgische ingreep. Download van: Sociaaleconomische status en behandeling borstkanker: verschillen in soort chirurgische ingreep

²⁶ Otten F, Bosma H, Arts K. Sociaaleconomische ongelijkheid in cardiale sterfte, CBS 2025. Download van: Sociaaleconomische ongelijkheid in cardiale sterfte | CBS

²⁷ CBS, Statline, Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021. Download van: StatLine - Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021

Hoe kunnen we iets aan de ongelijkheid in de zorg doen en de daarmee samenhangende gezondheidsverschillen?

Hoe kunnen we de zorg wèl passend maken? Een perspectief waar we dan meteen aan denken is dat van Passende Zorg.²⁸ Passende zorg is een bestaand perspectief dat onder andere gebruikt wordt in ziekenhuizen. Het is een belangrijk perspectief omdat het in een tijd waarin de zorg onder druk staat — door personeelstekorten, stijgende kosten en vergrijzing – een kader biedt om mensgerichte zorg te organiseren. Het bestaat uit vier kernpunten:

1. Samen beslissen: De dokter beslist niet alleen. Jij als patiënt praat mee over wat voor jou het beste is. Bijvoorbeeld: wil je liever medicijnen of eerst proberen te stoppen met roken?
2. Zorg op de juiste plek: Je krijgt zorg waar het het beste past. Dat kan thuis zijn, in de buurt, of in het ziekenhuis als het nodig is. Bijvoorbeeld: een wond kan je thuis laten verzorgen, je hoeft niet altijd naar het ziekenhuis.
3. Zorg die werkt en niet te duur is: Niet alles wat kan, is nodig. Je krijgt zorg die echt helpt, en geen dure behandelingen die weinig opleveren. Bijvoorbeeld: soms is fysiotherapie beter dan een operatie.
4. Kijken naar gezondheid, niet alleen naar ziekte: Het gaat niet alleen om beter worden, maar ook om gezond te blijven. Bijvoorbeeld: hulp bij stoppen met roken of gezonder eten hoort ook bij zorg.

Dit is beslist een mooi en bruikbaar kader. Maar de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving mist daarin aandacht voor inclusieve zorg.²⁹ Zij noemt inclusieve zorg een vijfde kernpunt bij passende zorg. Om passende zorg ècht passend te maken. En ik ben het daarmee eens. Bijvoorbeeld, passende zorg richt zich op het samen beslissen maar hoe is dat in geval van taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden of verschillende culturele waarden tussen arts en patiënt. Uit onderzoek van Marieke Torensma bleek dat er minder gebruik van morfine en diepe sedatie is in de laatste levensfase is bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. Dit kan liggen aan de verschillende voorkeuren van patiënten maar dit kan ook komen door dat morfine minder vaak aangeboden wordt.³⁰

²⁸ Zorginstituut Nederland. Kader Passende zorg. Van goede zorg verzekerd. Zorginstituut, 2022. Download van: Kader Passende zorg | Zorginstituut Nederland

²⁹ Raad voor Volksgezondheid. Passende zorg is inclusieve zorg. Een verkennend essay over wat ervoor nodig is om de zorg inclusiever te maken. RVS, 2022. Download van: Passende zorg is inclusieve zorg

³⁰ Torensma M, Suurmond JL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Care and Decision-Making at the End of Life for Patients With a Non-Western Migration Background Living in The Netherlands: A Nationwide Mortality Follow-Back Study. *J Pain Symptom Manage*. 2020 May;59(5):990-1000.e5.

Is dit samen beslissen? Hoe ga je hier mee om? Ook missen we in zorgdata vaak cruciale informatie om passende zorg vorm te geven op de juiste plek en zorg die werkt. Gegevens over migratieachtergrond, sociaaleconomische status of beperkingen worden vaak niet goed of betrouwbaar geregistreerd en zonder betrouwbare data is het moeilijk om passende zorg écht te realiseren.

Naar persoonsgerichte zorg: (on)gelijkheid (on)gelijk behandelen

Maar wat is inclusieve zorg? Inclusieve zorg wordt gezien als zorg die recht doet aan de diversiteit van mensen en die ongelijkheid herkent. Maar wat bedoelen we daarmee? Omdat mensen vaak verschillende – en soms impliciete – opvattingen hebben over wat inclusieve zorg is, is het denk ik belangrijk om normatieve criteria die daaraan ten grondslag liggen wat beter te bekijken. We moeten dan denk ik eerst kijken naar wanneer ongelijkheid in de zorg niet rechtvaardig is. Want zoals ik al eerder zei we accepteren dat mensen genetisch en biologisch van elkaar verschillen en daarmee ongelijk zijn en daarmee krijgt de ene mens meer zorg dan de andere. We vinden dat eerlijk en rechtvaardig.

Echter, wanneer niet-medische factoren een rol spelen in de zorg, zoals ongelijkheid in inkomen, ongelijkheid in opleiding of wel of geen taalbarrière, dan spreken we van ongelijkheid in de zorg en dan is de zorg niet rechtvaardig. Maar hoe kunnen we dan wel rechtvaardige zorg geven? Met andere woorden wat is een rechtvaardige manier om zorg te verdelen die wél rekening houdt met ongelijkheid? Hiervoor moeten we op bezoek bij de filosofie. Daar zijn verschillende theorieën ontwikkeld over wat een rechtvaardige manier is om dingen te verdelen. Dit wordt vaak geïllustreerd met plaatjes van fietsende mensen, appelbomen of een honkbalwedstrijd. Het is vandaag een feestelijke dag, dus ik gebruik nu het voorbeeld van een taart.

Om te beginnen kunnen we de zorg zien als een hele grote taart die eerlijk verdeeld moet worden. Iedereen heeft recht op een even groot stuk van de taart. Rechtvaardigheid betekent dan dat alles eerlijk verdeeld is. Helaas zagen we in het voorgaande verhaal dat juist niet iedereen een stuk van de taart krijgt. Patiënten hebben niet dezelfde toegang en gebruik tot de zorg (tot de taart) bijvoorbeeld omdat informatie niet begrijpelijk is of omdat er geen tolk is. Misschien moeten we sommige groepen patiënten ondersteunen om hun recht op hun stuk taart te realiseren.

Misschien moeten we hen een extra taartvorkje geven om beter hun stuk taart te kunnen eten. Maar – let wel! – zij hebben nog steeds recht op dezelfde taart. We moeten dan op een andere manier kijken naar rechtvaardigheid. Rechtvaardigheid is dan de taart eerlijk verdelen maar sommige groepen of patiënten helpen hun recht op het stuk taart te verwezenlijken. Rechtvaardig betekent dan dat er een gezondheidszorg is die voor

iedereen toegankelijk is, maar waarvan de toegang wordt aangepast aan de mate van behoeften of achterstand.^{31,32,33}

Dat betekent soms, en hier komen we bij de titel van mijn oratie – en Aristoteles zei het ook al, dat we gelijken gelijk behandelen en ongelijken ongelijk, op basis van relevante verschillen.³⁴ In het geval van de vrouw met borstkanker met weinig inkomen, kunnen we zeggen dat zij ook recht heeft op borstsparende chirurgie. Dat recht had zij altijd al, we moeten alleen helpen haar dat te realiseren als zij dat zou willen. Het is rechtvaardig dat zij dezelfde zorg krijgt als een vrouw met een hoog inkomen en we hoeven de zorg niet op een andere of betere manier te verdelen. Wat we wel kunnen doen is die zorg toegankelijker te maken om haar recht op zorg te helpen verwezenlijken. In mijn ogen zou patiënteninformatie dan ook altijd begrijpelijk moeten zijn. Maar ook zouden tolken weer vergoed moeten worden.³⁵ Niet omdat dit iets extra's is voor mensen die dit nodig hebben, maar omdat patiënten recht op de zorg hebben. Iedereen heeft dan nog steeds voldoende zorg. Brittany Chan draagt hier bijvoorbeeld aan bij, met haar onderzoek door patiënten met een taalbarrière te helpen hierover mee te beslissen.

Maar dan zijn we er nog niet. Soms zijn er dan nog steeds groepen mensen met grotere gezondheidsproblemen of meer kwetsbaar makende omstandigheden, die méér zorg nodig hebben.³⁶

Deze mensen krijgen dan naast een stukje van de grote taart, nog iets extra's. Een extra stukje van een andere taart. Het is dan rechtvaardig als we mensen die in kwetsbaar makende omstandigheden leven extra zorg bieden die andere mensen niet krijgen omdat ze die niet nodig hebben. Een voorbeeld is de straatzorgpraktijk: Hier werken huisartsen die zorg geven aan mensen die dakloos zijn.³⁷ Alhoewel mensen die dakloos zijn ook bij een gewone huisarts terecht kunnen, zijn straatzorgpraktijken beter in staat om goede zorg te leveren. Een ander voorbeeld zijn de trainingen georganiseerd door de Impuls Academie van Irene Jonker, Michelle Leiwakabessy en Marieke Reijers waar maatschappelijk werkers leren om mensen in kwetsbaar makende omstandigheden weer grip op hun leven te laten krijgen.

³¹ Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Download van: [fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf](https://www.marmot.ac.uk/sites/default/files/2015/06/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf)

³² Leta K, Verloigne M, Bradt L, Sabbe S, Demeester B, Lauwerier E, Willems S. The challenge of assessing the needs of vulnerable populations in public health: Promoting an approach grounded in proportionate universalism principles. *Scand J Public Health*. 2025 Jul 2;14034948251352643

³³ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Apr;57(4):254-8.

³⁴ Aristotle. Book V. In: Crisp R, ed. *Aristotle: Nicomachean Ethics*. Cambridge Texts in the History of Philosophy. Cambridge University Press; 2000:81-102.

³⁵ Patiëntenfederatie. Richtlijn 'Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein'. Download van: Richtlijn 'Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein'. - Pharos

³⁶ Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015 Sep 15;14:81.

³⁷ Straatzorg - Stichting Nederlandse Straatdokter Groep

Tot slot is rechtvaardigheid ook dat mensen überhaupt bij hun stuk taart kunnen, dat zij niet worden uitgesloten, achtergesteld of gediscrimineerd door regels, beleid, politiek. We noemen dit sociale rechtvaardigheid. Dit kunnen we zien als de omgeving waar de taart wordt geserveerd: Iedereen heeft een plek.

De verschillende manieren waarop rechtvaardigheid in de zorg wordt voorgesteld— onder andere gelijke verdeling, extra ondersteuning voor wie het nodig heeft, en voldoende toegang voor iedereen —laten zien dat er geen eenduidige definitie bestaat van wat rechtvaardig is. Rechtvaardigheid kent geen eenduidige definitie omdat het altijd afhankelijk is van iemands normatieve visie—oftewel: wat iemand vindt dat rechtvaardigheid zou moeten zijn. Elk perspectief belicht een ander aspect van zorgverdeling en draagt bij aan het bredere debat over rechtvaardigheid. Geen van de perspectieven doet recht aan de complexiteit van de zorg. Maar, het erkennen van deze diversiteit is essentieel: rechtvaardigheid is geen vaststaand concept, maar een dynamisch begrip dat afhankelijk is van context, waarden en maatschappelijke doelen. Voor onderzoekers, beleidsmakers en zorgverleners betekent dit dat zij bewust moeten zijn welk rechtvaardigheidsprincipe zij hanteren, en daarbij open moeten staan voor andere visies. Alleen zo kunnen we komen tot een zorgsysteem dat recht doet aan de complexiteit van menselijke behoeften.

En om het nog complexer te maken, alhoewel het eerlijk en rechtvaardig verdelen van de zorg heel belangrijk is in het tegengaan van gezondheidsverschillen, gaat goede zorg natuurlijk ook over meer dan dat. Vanuit de ethiek weten we dat zorg ontstaat in de ontmoeting tussen mensen. Goede (inclusieve) zorg betekent dus: écht luisteren, aandacht hebben voor iemands verhaal en situatie, en zorg afstemmen op wat iemand nodig heeft — niet alleen medisch, maar ook sociaal en emotioneel. Terug naar de taart: dit betekent dat de persoon die de taart serveert empathisch en betrokken moet zijn en goed moet kijken en luisteren welk stuk taart iemand nodig heeft.³⁸

Dus wat is persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving?

Even terug naar de muziek vooraf aan de oratie, dat was het eerste deel van de Goldberg variaties, gecomponeerd door Johan Sebastiaan Bach. Volgens hem was dat niet moeilijk geweest om te maken. Het was gewoon een kwestie van de goede noot op de juiste plek zetten. In feite is persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving ook niet anders dan een kwestie van de goede noot op de juiste plek zetten.

Voor persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving is soms wat extra's nodig. Zoals mijn voormalig collega Conny Seeleman schreef, dit is persoonsgerichte zorg PLUS.³⁹

³⁸ Tronto, J.C. *Moral Boundaries A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge, New York, 1933.

³⁹ Seeleman MC. *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare?* Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam, 2014. Download van: 135897_thesis.pdf

Persoonsgerichte zorg PLUS is zorg die niet alleen afgestemd is op de unieke persoon, op diens waarden, voorkeuren, leefwereld en relaties maar ook rekening houdt met verschillen tussen mensen én actief werkt aan het verkleinen van uitsluiting en gezondheidsverschillen. Het is zorg die afstemt op wat voor de unieke persoon betekenisvol en haalbaar is, rekening houdend met de sociale factoren die ik noemde en waardoor er ongelijkheid in de zorg ontstaat. Persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving is begrijpelijke zorg, waarin samen met de patiënt wordt besloten, met een brede blik voor medische en sociale problemen, die cultuursensitief en stresssensitief is, en waarin gestreefd wordt naar het verkleinen van gezondheidsverschillen.^{40,41} En in mijn ogen dus de verschillende rechtvaardigheidsperspectieven combineert. Het is daarmee zorg die mensen helpt hun recht op gezondheidszorg te verwezenlijken, en de barrières wegneemt naar de toegang tot de zorg en soms extra zorg organiseert voor mensen die dat nodig hebben, zoals bijvoorbeeld de straatdokter doen.

Wat ga ik doen?

Onderzoek naar persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving

Om deze persoonsgerichte zorg te realiseren ga ik me de komende jaren met twee domeinen bezighouden, onderzoek en onderwijs. Het ambitieniveau ligt hoog, en niet alles is waarschijnlijk haalbaar dus ik moet de komende jaren mogelijk gaan prioriteren, maar het volgende geeft een beeld van wat ik wil gaan doen, samen met anderen, met Pharos, collega's van het Radboudumc en daarbuiten.

Ten eerste, ga ik verder onderzoek doen naar persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving. Uit onderzoek weten we dat persoonsgerichte zorg werkt. Bijvoorbeeld, uit onderzoek van Anke Woudstra en van Xanthe de Voogd bleek dat aangepaste voorlichting over darmkanker nodig is⁴² en palliatieve zorg voor ouderen met een Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse achtergrond leidde tot beter begrip en meer betrokkenheid.⁴³ Ik wil verder onderzoeken hoe culturele waarden, religie, familiebanden en migratiegeschiedenis de zorgbeleving beïnvloeden. Op dit moment doet bijvoorbeeld Shaema Feysa onderzoek

⁴⁰ Persoonsgerichte zorg in de eerste lijn - adviezen - Pharos

⁴¹ Van den Muijsenbergh M. Verschil moet er zijn! Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 9 maart 2018. Download van: Verschil moet er zijn! - Oratie - Pharos

⁴² Woudstra AJ, Dekker E, Essink-Bot ML, Suurmond J. Knowledge, attitudes and beliefs regarding colorectal cancer screening among ethnic minority groups in the Netherlands - a qualitative study. *Health Expect*. 2016 Dec;19(6):1312-1323

⁴³ de Voogd X, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen B, Torensma M, Suurmond JL. Community Education for a Dignified Last Phase of Life for Migrants: A Community Engagement, Mixed Methods Study among Moroccan, Surinamese and Turkish Migrants. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 24;17(21):7797.

naar psychosociale behoeften van mensen met een migratieachtergrond die kanker hebben, om handvatten te ontwikkelen voor zorgverleners om op verschillende psychosociale behoeften in te kunnen gaan waarbij soms cultuur en religie en het gemigreerd zijn een rol spelen. Ik wil onder andere verder zoeken naar zorg die met empathie en respect omgaat met culturele waarden, zonder professionele normen overboord te gooien. Vragen zijn bijvoorbeeld: Welke interventies werken écht om zorg toegankelijker te maken voor diverse groepen? Zijn er meetbare verbeteringen in uitkomsten, zoals minder uitval, betere communicatie of hogere tevredenheid? Hoe kunnen zorgverleners cultuursensitiviteit duurzaam integreren in hun praktijk?

In mijn onderzoek naar persoonsgerichte zorg wil ik ook aandacht besteden aan vooroordelen en discriminatie binnen de zorg, een onderwerp dat in Nederland nog nauwelijks is onderzocht. Hoewel veel zorginstellingen beleid hebben om discriminatie te voorkomen, is onduidelijk of dit beleid echt structureel effect heeft of slechts incidenteel wordt toegepast. Discriminatie wordt vaak niet herkend of gemeld en blijft een blinde vlek binnen organisaties. Er is weinig inzicht in hoe institutionele structuren, zoals protocollen en financiering, discriminatie in stand houden.

Daarnaast weten we nog onvoldoende hoe impliciete vooroordelen van zorgverleners—bijvoorbeeld over pijnbeleving bij mensen met een migratieachtergrond—het klinisch oordeel beïnvloeden, zoals bij medicatie, diagnosestelling of risico-inschatting. Ook is er weinig onderzoek naar hoe factoren als armoede en laaggeletterdheid subtiele vormen van uitsluiting veroorzaken, zoals aannames over ‘eigen schuld’ of minder tijd nemen voor uitleg. Vragen die ik in mijn onderzoek onder andere wil verkennen zijn onder meer: hoe beïnvloeden impliciete vooroordelen diagnostiek, communicatie en behandelingen? Hoe kunnen we bias meten en verminderen zonder dat zorgverleners zich aangevallen voelen? Hoe draagt wantrouwen tegenover instellingen en discriminatie bij aan zorgmijding? Ook wil ik onderzoeken welke groepen het meest risico lopen op zorgmijding of onderbehandeling.

Een belangrijk onderzoeksthema is ook de samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers staan vaak naast dezelfde mensen, maar nog te vaak in gescheiden werelden. Door samen te werken in de wijk, informatie te delen en gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen, kunnen we niet alleen efficiënter werken, maar ook rechtvaardiger. Deze samenwerking is essentieel om gezondheidsverschillen te verkleinen, vroegtijdig in te grijpen bij sociale problematiek en zorg beter te laten aansluiten bij de leefwereld van mensen. Pharos ontwikkelt bijvoorbeeld praktische handreikingen, trainingen en tools voor zorgprofessionals en gemeenten om beter samen te werken rond mensen in kwetsbaar makende omstandigheden.⁴⁴ Maar de praktijk roept ook vragen op: Hoe organiseren we duurzame samenwerking? Hoe meten we

⁴⁴ Zie bijvoorbeeld: Samenwerken om Gezondheidsverschillen te verkleinen - Pharos

gezamenlijke impact? En hoe zorgen we dat burgers zich gezien en gehoord voelen in deze integrale aanpak?

Om goed onderzoek te doen is het uitermate belangrijk dat we de mensen om wie het gaat, betrekken bij het onderzoek, zodat hun ervaringen ook meegenomen worden in het organiseren van goede zorg. Vaak zijn de redenen waarom patiënten een minder goede toegang hebben tot de zorg, dezelfde redenen waarom zij niet meedoen aan onderzoek, bijvoorbeeld omdat informatie over onderzoek te ingewikkeld is. Hierdoor weten we minder van wat goede zorg is voor patiënten die in kwetsbaar makende omstandigheden leven. Daarom wil ik de komende jaren bijdragen aan een onderzoekspraktijk die inclusief is in ontwerp, uitvoering én toepassing. Dat hoeft niet altijd ingewikkeld te zijn. Zo doen Renée de Vet, Linda den Dries en Sara El Shamma op dit moment onderzoek samen met jongeren die dakloos waren. Zij weten de juiste vragen te stellen en samen te werken met mensen die dakloos waren. Samen werken met de mensen om wie het gaat is dus belangrijk. En soms moeten we daar andere methodes voor ontwikkelen, bijvoorbeeld om met taalbarrières in onderzoek om te gaan, of om op creatieve manieren onderzoek te doen die niet alleen talig zijn maar mensen ook op een andere manier helpt een stem te geven, bijvoorbeeld met behulp van kunst.

Verder wil ik onderzoeken of en hoe we betere registratie van etniciteit en sociale determinanten van gezondheid kunnen bereiken. Samen met collega's wil ik proberen methodes te ontwikkelen om etniciteit en sociale factoren zorgvuldig te registreren en te analyseren. In co-creatie met patiënten moeten we zoeken naar manieren om deze data te verzamelen zonder stigma.

Onderwijs - Naar een inclusieve zorgopleiding en praktijk

Een tweede domein waar ik mij op wil richten is het onderwijs. Goede zorg begint bij de zorgverleners van de toekomst: De studenten. Onderwijs waarin studenten diversiteitssensitieve competenties aangeleerd krijgen is daarbij onmisbaar. Niet in een keuzevak, maar voor alle studenten. In onderwijs bij de geneeskundeopleiding van de Universiteit van Amsterdam, werden geneeskundestudenten gestimuleerd om na te denken over gezondheidsverschillen en over hun eigen aannames bij patiënten. Ook gingen we op bezoek bij Dokters van de Wereld. Uit onderzoek van Janique Oudbier bleek dat dit onderwijs effectief kan bijdragen aan diversiteitssensitieve competenties als kennis van gezondheidsverschillen en bewustzijn van eigen vooroordelen.⁴⁵ Vragen die ik komende jaren bij onderwijs wil stellen zijn: Wat is effectief onderwijs bij het vergroten

⁴⁵ Oudbier J, Boerboom T, Peerdeman S, Suurmond J. From unconsciously biased to bias awareness: a single site case study of the effectiveness of community-based implicit bias education amongst medical students. BMC Med Educ. 2025 Mar 31;25(1):464.

van diversiteitssensitieve competenties? Maar ook hoe kunnen we dit onderwijs duurzaam integreren in een curriculum dat al heel vol is? Ik wil nieuwe onderwijsmethodes ontwikkelen die studenten niet alleen informeren, maar ook laten voelen en ervaren. Denk aan virtual reality-simulaties waarin studenten uitsluiting, kwetsbaarheid of taalbarrières zelf ondergaan. Wij als Radboudumc kunnen leren van andere geneeskundeopleidingen, en onderwijs ontwikkelen waar studenten buiten het ziekenhuis leren en bijvoorbeeld een coschap doen bij de straatzorg. Ik hoop onder andere bij te dragen in mijn rol binnen de klankbordgroep voor de herziening van onze master van de geneeskundeopleiding.

Met deze doelen hoop ik de persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving de komende jaren te verbeteren. Persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving is uiteindelijk geen technische uitdaging, maar een ethische. Het vraagt van ons dat we durven kijken naar macht, privilege en uitsluiting. Het vraagt ook om empathie. De bereidheid om te luisteren en om te leren. Het vraagt dat we kwetsbaar durven zijn om de kwetsbaarheid van anderen beter te herkennen en te erkennen. Dat is ook waarom ik mijn eigen patiëntenverhaal heb verteld.

Tot slot, onze samenleving verandert en polarisatie neemt toe, ongelijkheid en wantrouwen tussen groepen mensen groeit, en vertrouwen in instituties daalt. Laten we de zorg en het zorgonderwijs een baken zijn — een plek waar mensen zich veilig voelen, ongeacht wie ze zijn.

Dankwoord

We zijn bij het einde aangekomen en ik wil heel graag een dankwoord uitspreken.

Allereerst dank aan het College van Bestuur van de Radboud Universiteit en de Raad van Bestuur van het Radboudumc voor het instellen van deze leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Deze oratie sluit aan bij de missie van het Radboudumc om gezondheidsverschillen te verkleinen en daar draag ik graag aan bij.

Verder wil ik mijn grote dank en waardering uitspreken voor Pharos, die het belang van inclusieve persoonsgerichte zorg hoog in het vaandel heeft staan en een deel van deze leerstoel financiert. Ik hoop dat we de komende jaren veel samen kunnen doen aan verkleinen van gezondheidsverschillen en vergroten van toegang tot de zorg,

Daarnaast wil ik Aura Timen, ons afdelingshoofd, bedanken voor het vertrouwen, en de manier waarop zij, met aandacht en lichtheid, betrokken is bij de leerstoel. Maria van den Muijsenbergh en Judith Wolf, ik ben dankbaar dat ik jullie leerstoelen mag voortzetten in een nieuwe leerstoel en dat ik op de stevige basis die jullie hebben gelegd verder kan bouwen.

Ook mijn dank aan mijn nieuwe directe collega's: Sara, Linda, Renée, Irene, Michelle en Marieke. Jullie diverse achtergronden en inzichten maken het mogelijk om samen vorm te geven aan onderzoek, training en onderwijs dat mensen in kwetsbaar makende omstandigheden écht vooruithelpt. Ik heb er vertrouwen in dat we dit op een mooie manier samen gaan doen.

De warme collegialiteit binnen de groep hoogleraren van onze afdeling (de HL-groep) waardeer ik enorm; ondanks dat iedereen erg druk is staan jullie altijd klaar om expertise te delen en mee te denken.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn voormalige collega's van Amsterdam UMC. In de 20 jaar dat ik hier heb gewerkt heb ik veel van jullie geleerd in onderzoek en onderwijs. Ik heb heel veel mooie herinneringen aan mijn tijd in Amsterdam. Ik hoop dat we kunnen blijven samenwerken. Datzelfde geldt ook voor andere collega's uit Amsterdam, zoals ASCOR.

Ook heb ik nieuwe collega's van IQ Health en andere Radboudumc-afdelingen leren kennen. Ik wil jullie bedanken dat jullie mij hebben betrokken bij onderzoeksaanvragen rondom inclusieve zorg, een thema dat ons allen verbindt. Ik kijk erg uit naar verdere samenwerking.

Ik wil de NVMO, de vereniging voor professionals betrokken bij het onderwijs, opleiden en leren in de gezondheidszorg, bedanken. In het bijzonder Katja Lanting, co-voorzitter van de werkgroep Diversiteit en Inclusie in Zorgonderwijs, en Rashmi Kusurkar, voorzitter van NVMO, voor hun gedrevenheid rondom diversiteit en inclusie waardoor ik me altijd geïnspireerd en gedragen voel.

CODING ervaar ik als een baken — een mooie organisatie van studenten en zorgverleners die zich met hart en ziel inzetten om zorg en onderwijs beter te maken voor iedereen. Jullie zijn voor mij een bron van bezieling en bevlogenheid.

Mijn vriendinnen, hoe bijzonder is het dat we elkaar 42 jaar geleden leerden kennen in het eerste jaar van onze studie Psychologie en dat we hier nu nog steeds samen zijn. Fijn dat ik bij jullie mag horen en dat jullie hier zijn om dit met mij te vieren!

Tot slot mijn familie: mijn vader, die helaas overleden is, maar die uit zijn vel zou barsten van trots. Die met mij de liefde voor kennis en analytisch denken deelde en mij op mijn 14^e de relativiteitstheorie even uitlegde. Sorry pap, ik kan die nu niet meer navertellen. Mijn moeder, met wie ik de nuchterheid en "down to earth-heid" deel en het oog voor de schoonheid van de kleine dingen. Mijn drie zussen, Anki, Karin en Carla en mijn zwagers, Peter en Job, die altijd meelevend, en die tijdens mijn promotiefeest 30 jaar geleden al met hun bewerking van 'Opzij, opzij, opzij' van Herman van Veen creatief benadrukten dat ik altijd veel te druk ben en soms minder tijd voor hen heb dan ik zou willen.

Mijn lieve dochter Zara, die als kakker en meisje van kleur precies weet wat het betekent om soms 'anders' te zijn en er soms bij te horen. En die mij altijd, ook al zit ik er niet altijd op te wachten, een verfrissend perspectief geeft op de dingen. Mijn lieve bonuskinderen Florence (en Niels), Susanne en Daniel, die er altijd voor mij zijn, ook tijdens moeilijke momenten. Dat jullie hier vandaag op de eerste rij zitten betekent veel voor mij en laat voor mij zien dat we een prachtig gezin zijn samen.

En natuurlijk Richard, ik ben dankbaar dat ik jou heb leren kennen en dankbaar voor elke dag samen met jou!

Ik heb gezegd.

Ongelijkheid ongelijk behandelen? Persoonsgerichte gezondheidszorg in een diverse samenleving

Eenvoudige samenvatting van de oratie

Rede uitgesproken bij het aannemen van de leeropdracht *Inclusieve persoonsgerichte zorg voor kwetsbare burgers* aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit op vrijdag 10 oktober 2025 door prof. dr. Jeanine Suurmond. De leerstoel wordt deels betaald door Pharos.

Gezondheidsverschillen

Voor je gezondheid maakt het uit waar je woont, wat je inkomen is of wat voor opleiding je gedaan hebt. In sommige wijken leven mensen gemiddeld veel korter en hebben ze vaker ziektes zoals astma, diabetes en obesitas. Dit komt vaak voor in buurten waar meer armoede is.

Onderzoek laat zien dat mensen met weinig inkomen gemiddeld 22 jaar minder in goede gezondheid leven dan mensen met veel inkomen. Ook opleiding en migratieachtergrond spelen een rol. Ouderen met een migratieachtergrond voelen zich bijvoorbeeld minder vaak gezond.

Gezondheid wordt niet alleen bepaald door medische zorg. Slechts 10% van iemands ervaren gezondheid komt door de zorg. Veel belangrijker is het hebben van voldoende geld om rekeningen te betalen, een veilige woning, een sociaal netwerk en het kunnen begrijpen van informatie over gezondheid.

Ik heb daarover een persoonlijk verhaal. Terwijl ik solliciteerde naar de functie van hoogleraar, kreeg ik de diagnose borstkanker. Ik kreeg een zware behandeling: chemotherapie, bestraling, een operatie en medicijnen. Ik kon, dankzij een goed inkomen, goede taalvaardigheid, steun van mijn partner en een flexibele baan, mijn weg in de zorg goed vinden.

Tijdens mijn ziekte dacht ik vaak aan mensen die minder kansen hebben op een goede gezondheid: mensen die moeite hebben met lezen, geen Nederlands spreken, weinig geld hebben of minder mondig zijn. Zij kunnen sneller problemen krijgen in de zorg. Daarom pleit ik voor inclusieve, persoonsgerichte zorg, waarbij zorgverleners rekening houden met iemands leefomstandigheden en kwetsbaarheden.

Hoe kunnen we de verschillen verklaren?

De verschillen hangen samen met inkomen, sociaal netwerk en gezondheidsvaardigheden. Ik geef een voorbeeld uit de borstkankerzorg. Vrouwen met borstkanker met een laag inkomen krijgen minder vaak bepaalde behandelingen, zoals een operatie, borstreconstructie of bestraling. Ze hebben ook vaker problemen met werk na de diagnose. Mensen met een hoger inkomen krijgen juist vaker fysiotherapie en revalidatie. Geld speelt dus een grote rol: reizen naar het ziekenhuis, parkeerkosten, medicijnen of fysiotherapie kunnen te duur zijn. Armoede en schulden zorgen bovendien voor stress, waardoor mensen minder energie kunnen hebben om zware behandelingen vol te houden.

Ook het sociale netwerk is belangrijk. Sommige vrouwen zeggen behandelingen af omdat ze te veel zorgen hebben over geld, werk of de zorg voor anderen. Als er weinig steun is, wordt het moeilijker om afspraken na te komen. Vrouwen met veel sociale steun blijken minder last van bijwerkingen te hebben, weten we uit onderzoek.

Daarnaast spelen gezondheidsvaardigheden een rol: dat betekent het kunnen begrijpen van de informatie over ziekte en behandeling. Veel informatie over kanker is ingewikkeld en vaak digitaal. Artsen houden daar niet altijd rekening mee en geven soms minder uitleg aan mensen waarvan ze denken dat ze laagopgeleid zijn. Daardoor kunnen patiënten met weinig inkomen of beperkte taalvaardigheid minder goed meebeslissen over hun behandeling. Taalbarrières kunnen ook leiden tot minder persoonsgerichte gesprekken en vertraging in de behandeling.

Hoewel borstkankerzorg in Nederland voor iedereen toegankelijk is, zijn de uitkomsten niet voor iedereen gelijk. Sociale omstandigheden, financiële problemen, taal, cultuur en gezondheidsvaardigheden beïnvloeden de keuzes en mogelijkheden van patiënten. Dit leidt tot verschillen in gezondheid die niet zouden moeten bestaan.

Ongelijkheid ontstaat dus door een combinatie van omstandigheden, zoals armoede, taalproblemen, weinig steun of stress. Deze omstandigheden versterken elkaar. Dit heet intersectionaliteit. Daardoor krijgen mensen die de zorg het hardst nodig hebben vaak juist minder goede zorg.

Hoe kunnen we iets aan de ongelijkheid in de zorg doen?

Niet alle verschillen in de zorg zijn oneerlijk. Medische verschillen horen erbij: iemand met een ernstige ziekte krijgt meer zorg dan iemand die gezond is. En mensen die oud zijn hebben vaak meer problemen met hun gezondheid dan mensen die jong zijn. Maar ongelijkheid wordt onrechtvaardig wanneer niet-medische factoren meespelen, zoals armoede, taalbarrières of opleiding van patiënten.

Wat kunnen we hieraan doen? Persoonsgerichte zorg die rekening houdt met armoede, taalbarrières of opleiding helpt om verschillen te verkleinen. Dit wordt ook wel *persoonsgerichte zorg PLUS* genoemd.

Deze vorm van zorg houdt rekening met verschillen tussen mensen en probeert drempels weg te nemen, zoals moeilijke informatie, taalproblemen of gebrek aan vertrouwen. Soms betekent dit dat mensen extra ondersteuning nodig hebben om dezelfde zorg te kunnen krijgen als anderen, bijvoorbeeld door begrijpelijke informatie, een tolk of extra begeleiding. In sommige situaties is zelfs andere zorg nodig, zoals bij straatdokter die dakloze mensen helpen.

Het doel is dat iedereen toegang heeft tot passende zorg, ongeacht inkomen, achtergrond of taal.

Wat ga ik de komende jaren doen?

De komende jaren wil ik mij richten op twee gebieden: onderzoek en onderwijs.

Onderzoek

Ik wil onderzoek doen naar de volgende vragen:

- Hoe we rekening kunnen houden met culturele waarden, religie, familie en migratiegeschiedenis in de zorg.
- Hoe vooroordelen en discriminatie in de zorg werken, en hoe die verminderd kunnen worden.
- Hoe armoede, laaggeletterdheid en taalproblemen leiden tot uitsluiting of minder goede zorg.
- Hoe samenwerking tussen zorg en het sociaal domein (zoals maatschappelijk werk) kan worden verbeterd.
- Hoe mensen in kwetsbare situaties beter betrokken kunnen worden bij onderzoek.
- Hoe gegevens over etniciteit en sociale factoren zorgvuldig en zonder stigma kunnen worden geregistreerd.

Het doel is een zorgsysteem dat beter aansluit bij de leefwereld van mensen, dat rechtvaardiger is en dat gezondheidsverschillen verkleint.

Onderwijs aan studenten

Goed onderwijs is belangrijk om toekomstige zorgverleners voor te bereiden op een diverse samenleving. Studenten moeten leren hoe ze goed kunnen omgaan met verschillen tussen patiënten, zoals taal, cultuur, armoede of beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit soort onderwijs moet niet alleen een keuzevak zijn, maar onderdeel van alle opleidingen.

Onderzoek laat zien dat onderwijs over diversiteit werkt: studenten krijgen meer kennis over gezondheidsverschillen en worden zich bewuster van hun eigen vooroordelen. De komende jaren wil ik onderzoeken welke vormen van onderwijs het meest effectief zijn en hoe dit blijvend in het curriculum kan worden opgenomen. Ik wil studenten niet alleen informatie geven, maar hen ook laten ervaren hoe uitsluiting of taalproblemen voelen, bijvoorbeeld met virtual reality of stages buiten het ziekenhuis, zoals bij straatzorg.

Persoonsgerichte zorg in een diverse samenleving vraagt meer dan medische kennis. Het vraagt dat zorgverleners nadenken over macht, privilege en uitsluiting. Het vraagt empathie, luisteren en bereid zijn om te leren. Daarom vertel ik mijn eigen patiëntenverhaal: om te laten zien dat kwetsbaarheid helpt om anderen beter te begrijpen.

Ik hoop dat de zorg en zorgonderwijs een veilige plek zijn voor alle mensen, waar iedereen welkom is en zich gezien voelt.

FACULTEIT DER MEDISCHE WETENSCHAPPEN

Radboud Universiteit



www.radbouduniversitypress.nl