

Elk mens telt! Evenveel?

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. MARIA E.T.C. VAN DEN MUIJSENBERGH

afsc
heids-
rede

AFSCHEIDREDE

PROF. DR. MARIA E.T.C. VAN DEN MUIJSENBERGH



Niet iedereen lijkt in onze maatschappij evenveel mee te tellen. Verschillen in inkomen, opleiding en waardering hebben vermijdbare en dus onrechtvaardige gezondheidsverschillen tot gevolg. Gelukkig is daar

steeds meer aandacht voor en is steeds meer bekend over de oorzakelijke mechanismen. Voor een betere gezondheidszorg voor alle burgers in Nederland zijn een paar zaken van belang: begrijpelijke informatie en sterke, persoonsgerichte eerstelijnszorg, met aandacht voor medische en sociale factoren. Ook is inclusief onderzoek en onderwijs nodig, waarin mensen uit alle lagen van de samenleving zijn vertegenwoordigd, zodat meer bekend wordt over ziekten en zorggebruik in bevolkingsgroepen die nu nog ondervertegenwoordigd zijn in wetenschappelijk onderzoek. Persoonsgerichte zorg vergt oog voor de verschillen tussen individuen, terwijl sociale rechtvaardigheid juist vraagt dat we letten op wat ons met onze medemens verbindt. We hebben solidariteit nodig tussen mensen met veel en mensen met weinig kansen, zodat uiteindelijk elk mens evenveel telt.

Maria van den Muijsenbergh (1956) is sinds 1983 huisarts en sinds 2017 hoogleraar “Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg” bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc Nijmegen. De bijzondere leerstoel is mogelijk gemaakt door Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. Maria streeft naar betere toegang tot zorg van goede kwaliteit voor mensen in sociaal kwetsbare situaties. Zij onderzoekt hoe persoonsgerichte zorg kan bijdragen aan minder gezondheidsverschillen en hoe mensen in sociaal kwetsbare situaties een grotere rol kunnen spelen in onderzoek en beleid.

Maria werkte tot juni 2023 als huisarts/straatdokter in Praktijk Buitenzorg in Nijmegen, waar huisartsenzorg wordt geboden aan dakloze mensen en ongedocumenteerde migranten. Zij is bestuurlijk actief, onder andere in de Gezondheidsraad, de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, de Raad van Toezicht van de Patiëntenfederatie, het European Forum for Primary Care, de Nederlandse Straatdokters Groep en het Thijmgenootschap.

Radboud Universiteit



ELK MENS TELT! EVENVEEL?

Elk mens telt! Evenveel?

*Rede uitgesproken bij het afscheid als bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en
persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op
donderdag 29 juni 2023.*

Leerstoel mogelijk gemaakt door Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

door prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

Opmaak en productie: Radboud Universiteit

© Prof. dr. Maria E.T.C. van den Muijsenbergh, Nijmegen, 2023

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Meneer de rector magnificus, geachte leden van het college van bestuur van de Radboud Universiteit en van het Radboudumc, geachte aanwezigen,

INLEIDING

Elk mens telt evenveel in Nederland. Dat zegt onze grondwet. Is dat echt zo?

Telt de Syrische vluchteling in het AZC – die niet mag werken, geen opleiding kan volgen – evenveel als de Oekraïense vluchteling die meteen aan het werk mag?

Telden de mensen voor wie de persconferenties over corona te ingewikkeld waren, evenveel mee voor onze bestuurders als degenen voor wie ze wél begrijpelijk waren?

Krijgt de schoonmaker die met pensioen gaat evenveel aandacht als de hoogleraar?

Helaas! NIET alle mensen tellen evenveel: mensen krijgen geen gelijke waardering, gewoon om wie ze zijn, waar ze geboren zijn, wie hun ouders zijn. Sommige mensen tellen letterlijk niet mee: denk aan migranten die zonder de vereiste papieren in Nederland leven, en mensen die dakloos zijn, maar geen gebruik maken van daklozenopvang of uitkering.

Het tegengaan van deze onrechtvaardigheid was de drijfveer in mijn werk als huisarts én als hoogleraar. In de zorg wilde ik mijn patiënten laten voelen dat zij voor mij allemaal evenveel tellen, hoe verschillend zij ook zijn in achtergrond, gezondheid, talenten. Met mijn leerstoel heb ik willen bijdragen aan het creëren van gelijke kansen op toegankelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit. In mijn oratie zes jaar geleden heb ik beloofd te onderzoeken op welke wijze de eerstelijnszorg hieraan kan bijdragen. Ik zegde toe dit onderzoek uit te voeren samen met de mensen om wie het gaat, en om onderwijs te ontwikkelen over gezondheidsverschillen. Vandaag neem ik afscheid als hoogleraar. In dit college wil ik rekenschap afleggen van wat ik heb gedaan. Ik deel met u de negen belangrijkste lessen die ik geleerd heb van het werk dat ik samen met mijn onderzoeksgroep en collega's bij Pharos en de universiteit mocht ondernemen. Wellicht kan ik u hiermee inspireren om op uw manier bij te dragen aan het realiseren van een meer rechtvaardige samenleving, waarin plaats is voor iedereen, waarin ieder mens telt.

In mijn oratie betoogde ik dat we onrechtvaardige verschillen alleen maar kunnen wegnemen door verschil te máken: door elk mens te geven wat hij nodig heeft, in plaats van iedereen hetzelfde. Het gaat om equity – sociale rechtvaardigheid. De toenemende ongelijkheid in de maatschappij is een bedreiging voor welzijn en gezondheid van de mensen in ongunstige leefomstandigheden, én voor onze hele samenleving. En we kunnen, nee we moeten hier met ons allen iets aan doen.

1. SOCIALE RECHTVAARDIGHEID IS NODIG IN DE HELE MAATSCHAPPIJ.

Gezondheidsverschillen kunnen alleen afnemen als onrechtvaardige maatschappelijke verschillen op andere terreinen, buiten de gezondheidszorg, kleiner worden. Gezondheid wordt immers sterk bepaald door sociale factoren zoals opleiding en inkomen.¹

Wereldwijd, en ook in Nederland, worden de verschillen in rijkdom, onderwijs en gezondheid echter alleen maar groter. Sinds 2011 nam het gemiddelde inkomen van de rijk-

ste bevolkingsgroep veel meer toe dan van andere bevolkingsgroepen; de 10% minst beelden gingen er zelfs helemaal niet op vooruit.² De maandelijkse huurlasten brengen huurders steeds vaker in financiële problemen² en het aantal dakloze mensen in Nederland neemt toe.³ De invloed van sociale herkomst en migratieachtergrond op de toetsprestaties van leerlingen is toegenomen.⁴

De 20% rijkste mensen in Nederland leven bijna 25 jaar langer in goede gezondheid dan de armste 20%.⁵ Tijdens de coronapandemie hadden mensen uit de laagste inkomensgroep meer dan twee keer zoveel kans te overlijden als degenen uit de hoogste inkomensgroep.⁶ Ook Nederlanders met een migratieachtergrond hadden een grotere kans om aan corona te overlijden.⁷

Zolang verschillen in inkomen en opleiding niet afnemen en zolang mensen met een migratieachtergrond achtergesteld worden, zullen ook de gezondheidsverschillen niet afnemen. Sociale rechtvaardigheid moet dan ook leidend worden in elk beleid: op het gebied van inkomen, huisvesting, onderwijs en gezondheidszorg. En dit moet hand in hand gaan met duurzaamheid, willen we nog een leefbare aarde achterlaten voor onze kleinkinderen.⁸

De aandacht voor gezondheidsverschillen is de afgelopen jaren gelukkig sterk toegenomen.⁹⁻¹⁰ Zo staat het terugdringen van gezondheidsverschillen expliciet vermeld in de regeringsplannen voor de zorg, neergelegd in het Integraal Zorgakkoord.¹¹ Het zou mooi zijn als deze plannen nog sterker gekoppeld worden aan een beleid dat zich richt op bestaanszekerheid. Inmiddels is immers genoegzaam bekend dat dát een voorwaarde is om onrechtvaardige verschillen in gezondheid terug te dringen.¹² Dit vraagt om concrete acties van overheid, gemeenten en professionals. Pharos, het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, heeft hiermee ervaring en ondersteunt graag bij de implementatie.¹³⁻¹⁵

2. WEGNEMEN VAN STRESS IS ZINVOLLER DAN INDIVIDUELE LEEFSTIJLINTERVENTIES. Het ontbreken van bestaanszekerheid – financiële zorgen of geen plek om te wonen – leidt bij veel mensen tot stress. Hetzelfde geldt voor ingewikkelde informatie en discriminatie.^{16,17} Vluchtelingen, mensen in arme wijken, ouders met geldzorgen of dakloze mensen: hoe verschillend hun situatie ook is, zij noemen chronische stress een groot gezondheidsprobleem, en dus niet overgewicht of roken.¹⁸⁻²¹ De oplossing denken zij niet te vinden bij de dokter, maar in passend werk, veiligheid voor hun kinderen (bijvoorbeeld in de vorm van een speelplaats en gratis zwembles) en begrijpelijke informatie.²⁰ Steun zoeken zij vooral bij familie en vrienden, en bij hun geloof.²²

Hoewel de oplossing voor chronische stress dus niet in de gezondheidszorg te vinden is, maakt chronische stress wel echt ziek. Internationaal neurobiologisch onderzoek heeft de afgelopen jaren ontrafeld hoe chronische stress, via hormonale, neurologische en epigenetische effecten, bijdraagt aan het ontstaan van diverse ziekten.²³⁻²⁹ Mensen die als kind veel stress hadden, gaan tien jaar eerder dood.³⁰⁻³² Chronische stress heeft ook een

negatieve invloed op het voorste gedeelte van de hersenen, dat een belangrijke rol speelt in de aansturing van ons gedrag. Deze hersenbeschadiging versterkt impulsief gedrag, gericht op de korte termijn, en vergroot de kans op verslaving (zoals roken).^{33,34} Chronische stress leidt dus tot een verhoogde kans op suikerziekte en hartaandoeningen, en belemmert ook nog eens het volgen van een gezonde leefstijl, die juist voor de preventie van deze ziekten zo belangrijk is.

Hier komt nog bij dat mensen in moeilijke omstandigheden nogal eens weinig zelfwaardering hebben: zij zijn gewend dat hun toch niets lukt en zien dat als eigen falen. Een dergelijke psychische gesteldheid verergert de stress en zo ontstaat al snel een neerwaartse spiraal.³⁵

Het verbaast mij niet dat mensen zich zo voelen. Beleid om gezondheidsverschillen te verkleinen is veelal gericht op het verbeteren van de leefstijl van individuen uit de zogenaamde lagere sociale klasse. De nadruk ligt op het feit dat mensen met weinig inkomen of opleiding niet genoeg bewegen, roken en ongezond eten. Daarmee worden deze mensen onbewust weggezet als dom, ongemotiveerd om te stoppen met roken of gezond te eten. Zo lijkt het of het hun eigen schuld is dat zij ongezond zijn.³⁶ Zulk denken past in onze hedendaagse meritocratische cultuur waarin ten onrechte de overtuiging heerst dat rijkdom en gezondheid je eigen verdienste zijn.³⁷ Terwijl we allemaal pech kunnen hebben. Chronische stress is dikwijls het gevolg van maatschappelijke ongelijkheid en niet van een bewuste individuele keuze. En zoals hiervoor besproken, speelt chronische stress een cruciale rol in het veroorzaken van een slechte gezondheid. Epidemiologisch onderzoek toont aan dat het bevorderen van een gezonde leefstijl onvoldoende is om gezondheidsverschillen te verkleinen.³⁸ Het wegnemen van de oorzaken van chronische stress zou wel echt kunnen bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en het terugdringen van gezondheidsverschillen. Financiële problemen leiden tot veel stress. Bestaanszekerheid realiseren lijkt dan ook de eerste stap op weg naar een gezondere samenleving, al zal het effect daarvan op de gezondheid niet op korte termijn zichtbaar zijn.³⁹ Experimenten waarbij burgers met weinig inkomen 'gewoon geld krijgen' zijn veelbelovend.^{40,41} Leuk dat gemeenten in Nederland dit nu op proef doen.⁴²

3. BEGRIJPELIJKE INFORMATIE VERBETERT DE ZORG.

De behoefte aan begrijpelijke informatie leeft niet alleen onder de 18% van onze bevolking die veel moeite heeft met lezen. Ongeveer een kwart van de bevolking blijkt gezondheidsgelateerde informatie ingewikkeld te vinden.⁴³ Tijdens de coronapandemie bleek ingewikkelde informatie een belangrijke bron van zorg en ontevredenheid,⁴⁴⁻⁴⁷ waardoor het wantrouwen tegenover de overheid toenam. De beperkte deelname aan de covidvaccinaties door inwoners van arme wijken en onder Nederlanders met een migratieachtergrond kan mede hierdoor worden verklaard.^{48,49}

Ingewikkelde communicatie door artsen belemmert het proces van samen beslissen over passende zorg.^{50,51} Dat is jammer, want gezamenlijk genomen besluiten over de behande-

ling verbeteren de uitkomsten hiervan significant, zeker bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.⁵²

Ter ondersteuning van de communicatie worden tegenwoordig zogenaamde beslisthulpen of praatkaarten ingezet, die de voor- en nadelen van een behandeling op een rijtje zetten. Wanneer deze zijn ontwikkeld samen met de mensen voor wie ze bedoeld zijn, verbeteren ze de gezamenlijke besluitvorming.⁵³⁻⁵⁴ Taalambassadeurs, mensen die op latere leeftijd hebben leren lezen, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het begrijpelijk maken van teksten. Ik ben blij dat enkelen van hen ook deze rede in eenvoudige taal hebben omgezet. De kern blijkt aanzienlijk korter gezegd te kunnen worden.

Informatie wordt het beste onthouden als er plaatjes bij zijn en er weinig woorden worden gebruikt. Zulke informatie leidt tot meer begrip van het onderwerp dan de gebruikelijke informatie, ook bij mensen die geen moeite hebben met lezen.⁵⁵ Het gaat niet alleen om begrijpelijke medische informatie. Informatie over de praktische uitvoering van een behandeling blijkt ook belangrijk, net als aandacht voor culturele en religieuze aspecten. Informatie die inspeelt op emoties, die een verhaal vertelt, bijvoorbeeld in een filmpje, spreekt het meeste aan en helpt de patiënt bewuste keuzes te maken.^{56,57}

4. EEN STERKE EERSTE LIJN HEEFT TOEKOMST MET IEDEREEN ZIJN EIGEN HUISARTS. Veertig jaar heb ik als huisarts gewerkt. Het mooiste vak dat er is. Van mijn patiënten heb ik veel geleerd. Hoe moeilijk het is wanneer je opgroeit in armoede of alles verliest wat je dierbaar is. Maar ook: hoe ieder van hen, met al zijn beschadigingen en zwaktes, de moeite waard is, iets bijzonders te vertellen heeft. En hoe simpel je als huisarts kunt helpen door gewoon te luisteren en te bemoedigen. Zodat iedere patiënt voelt dat hij ertoe doet, telt.

Vanuit deze achtergrond richtten veel van mijn activiteiten zich vanzelfsprekend op de eerste lijn. Maar niet alleen vanwege mijn persoonlijke ervaringen. Ook omdat wereldwijd al lang bekend is dat een sterke eerstelijns wezenlijk is om goede, betaalbare zorg te realiseren voor alle burgers.⁵⁸⁻⁶¹ Zulke zorg kenmerkt zich door de laagdrempelige toegang dicht bij huis, voor alle mensen met een gezondheidsvraag of -probleem, en door een hulpverlener die bekend is met de problemen van de patiënt (continuïteit van zorg) en aandacht heeft voor de hele persoon (persoonsgerichtheid), met al diens problemen (integraliteit).^{61,62}

Nederland heeft van oudsher een sterke eerstelijnszorg, met een huisarts, wijkverpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut en verloskundige in bijna elke wijk of dorp.

In die eerste lijn melden mensen zich gewoonlijk als eerste met hun problemen; de medewerkers daar kennen de leefomstandigheden. Nu steeds meer mensen thuis ouder worden, is goede zorg dicht bij huis, rondom de patiënt en diens netwerk, meer dan ooit nodig.⁶² Hoewel de eerstelijnszorg momenteel onder druk staat door de toenemende zorgvraag en een tekort aan huisartsen en andere professionals, zijn er volop ideeën en initiatieven om de zorg overeind te houden en te verbeteren.⁶²

Deze initiatieven zijn erop gericht de persoonsgerichte zorg en de samenwerking tussen medische en sociale zorgverleners te versterken. Veel gezondheidsproblemen worden immers veroorzaakt door stress, waarvoor de oplossing buiten de gezondheidszorg ligt. Zulke samenwerking blijkt goed mogelijk, zoals veel initiatieven rond ouderen duidelijk maken,⁶³ en kan aanzienlijke kostenbesparingen opleveren.⁶⁴ Een interessante uitdaging daarbij is om ook de burger en diens eigen netwerk te betrekken bij het inrichten van de zorg in wijk of dorp.^{65,66}

De voordelen van zo'n persoonsgerichte eerstelijnszorg zijn genoegzaam bekend, juist ook voor mensen met veel gezondheidsproblemen in ongunstige leefomstandigheden.⁶⁷⁻⁶⁹ Dergelijke zorg leidt tot een betere overeenstemming tussen arts en patiënt over de meest passende zorg⁷⁰. De uitkomsten van de zorg zijn beter – bijvoorbeeld een lagere bloeddruk en lagere bloedsuikerwaarden. Ook zijn zowel patiënt als zorgverlener meer tevreden.⁶⁹ Uiteindelijk leidt dit alles tot lagere zorgkosten. Voorwaarde is wel dat professionals genoeg tijd hebben voor de patiënt en voor de samenwerking.^{69,71,72}

5. PERSOONLIJKE CONTINUÏTEIT IS NOG BELANGRIJKER DAN MEER TIJD.

Hoe fijn is het dat vanaf 1 januari 2024 de zorgverzekeringen structureel geld beschikbaar stellen aan huisartsen voor meer tijd voor de patiënt en voor samenwerking. Dit blijkt namelijk te werken, zo bewezen verschillende projecten de afgelopen jaren.⁷³⁻⁷⁷ Praktijk-ondersteuners en huisartsen met meer tijd bespreken vaker sociale problemen en verwijzen daardoor meer naar het maatschappelijk werk en minder naar het ziekenhuis.^{74,78,79} Dit leidt tot meer tevredenheid bij huisarts en patiënt en lagere zorgkosten.⁷⁸⁻⁸¹

Om de positieve effecten van persoonsgerichte zorg tot stand te brengen is echter meer nodig dan alleen tijd. Het allerbelangrijkste is vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt. Zeker voor mensen die vaak teleurgesteld zijn in hun leven, zoals vluchtelingen, is vertrouwen niet eenvoudig. Investeren in het leren kennen van de patiënt loont, bijvoorbeeld door een kennismakingsgesprek in de huisartsenpraktijk.⁸² Nog belangrijker is de persoonlijke continuïteit van zorg; dat patiënten in beginsel steeds door dezelfde huisarts worden gezien. Hoe langer zo'n persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt bestaat, hoe minder ziekenhuisopnamen en sterfgevallen er plaatsvinden.⁸³ Die continuïteit is de laatste jaren onder druk komen te staan. Jonge huisartsen zien nogal eens op tegen de lasten van een eigen praktijk. Bovendien leeft ten onrechte de veronderstelling dat door toepassing van richtlijnen de persoon van de hulpverlener er minder toe doet. Gelukkig daalt het besef in dat een richtlijn een hulpmiddel is en geen dwangmiddel, en dat je er in het belang van de patiënt van moet kunnen afwijken.⁸⁴⁻⁸⁵ Helemaal blij word ik van het initiatief van de LOVAH – de landelijke organisatie van huisartsen in opleiding – om het weer aantrekkelijker te maken voor huisartsen om een eigen, vaste, praktijk te beginnen.⁸⁶ Want, jonge huisartsen in de zaal, neem van mij aan: je wordt ook zelf echt gelukkiger als je je patiënten persoonlijk, en door de jaren heen steeds beter, kent!

6. ETNICITEIT IS RELEVANT EN MOET WÉL BENOEMD WORDEN.

De patiënt kennen als persoon – uniek in alle opzichten. Daar gaat het om in persoons-gerichte zorg. Dat betekent oog hebben voor de diversiteit aan persoonlijke kenmerken en omstandigheden van die persoon. En weten hoe deze kenmerken en omstandigheden van invloed kunnen zijn op ziekten en op de gewenste zorg.

Iedereen vindt het vanzelfsprekend dat een kind niet hetzelfde wordt behandeld als een volwassene, maar voor andere diversiteitskenmerken is dit minder het geval. In het bestek van deze rede beperk ik mij tot diversiteit in etnische achtergrond en het belang daarvan in de zorg. Ongeveer 25% van onze bevolking heeft een migratieachtergrond. Er zijn tal van ziekten die in andere delen van de wereld vaker voorkomen dan in Nederland, of zich anders manifesteren. Zo komen bepaalde vormen van bloedarmoede veel voor rond de Middellandse Zee – en dus bij mensen in Nederland die daarvandaan komen. Hoge bloeddruk komt vaker en op jongere leeftijd voor bij mensen van wie de voorouders uit West-Afrika afkomstig zijn – zoals het geval is bij landgenoten uit Suriname of de Antillen.⁸⁷ Deze ziekten ziet een arts snel over het hoofd als hij ermee niet bekend is, of niet weet wat de geboortegrond is van de patiënt of diens (verre) voorouders. De afgelopen jaren neemt de weerstand toe tegen het registreren en benoemen van etnische achtergrond. Critici wijzen – terecht – op het risico van stigmatisering en noemen voorbeelden waarin verschillen tussen groepen mensen ten onrechte worden toegeschreven aan verschillen in etniciteit.⁸⁸⁻⁹¹ De meeste verschillen in gezondheid tussen etnische groepen worden namelijk veroorzaakt door verschillen in rijkdom en privilege, niet door verschillen in huidskleur of genetische aanleg. Discriminatie speelt hierbij een rol.^{92,93} Tegelijkertijd is er een stroming - waartoe ik behoor - die wel degelijk etniciteit en migratieachtergrond van belang acht voor gezondheid.^{94,95} Geen oog hiervoor hebben doet volgens mij juist onrecht aan de patiënt. Vaak speelt namelijk etnische achtergrond wel degelijk een rol, naast iemands sociaaleconomische positie. Zo blijken mannen met een laag inkomen met een migratie-achtergrond de grootste kans te hebben op hart- en vaatziekten.⁹⁶ Deze diversiteitskenmerken moeten dus worden meegenomen in modellen die het risico op bepaalde ziekten voorspellen. Diagnostische modellen en richtlijnen zijn evenwel nu meestal nog gebaseerd op onderzoeken waarin VWO-opgeleide, witte mannen sterk oververtegenwoordigd zijn.⁹⁷ Dat betekent dat de uitkomsten niet zonder meer gelden voor mensen met een donkere huid. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de zorg die zij krijgen. Zo bleek tijdens de coronapandemie dat het apparaat om via de huid het zuurstofgehalte in het bloed te meten bij mensen met een donkere huidskleur minder betrouwbaar is. Zij kregen daardoor minder vaak dan anderen zuurstof toegediend, terwijl ze die wel nodig hadden.⁹⁸

Er zijn tal van andere voorbeelden waarbij een medische richtlijn of hulpmiddel niet goed werkt bij mensen met een donkere huid, zoals de apgarscore om de overlevingskans van baby's te voorspellen^{99,100} of een app om kwaadaardige huidkanker te ontdekken.¹⁰¹ Deze constatering ondersteunt mijns inziens het pleidooi om etnische achtergrond of

huidskleur, waar relevant, juist wel te benoemen. Alleen dan kunnen fouten in richtlijnen naar boven komen en ongewenste verschillen in zorg duidelijk worden.^{102,103} Zo werd door registratie van de migratieachtergrond duidelijk dat baby's van moeders in een asielzoekerscentrum een grotere kans hebben op ernstige gezondheidsproblemen.¹⁰⁴ Evenals de WRR¹⁰⁵ en het CBS¹⁰⁶ pleit ik daarom voor het wel registreren van etniciteit, maar dan op een goede manier. Dat moet gebeuren in termen die niet kwetsend, en zo precies mogelijk zijn, waarbij etniciteit het liefst gebaseerd wordt op zelfidentificatie en niet op geboorteland.^{95,107}

Natuurlijk moet het niet bij registratie blijven. Wetenschappelijk onderzoek dient meer mensen met een migratieachtergrond te betrekken, zodat data een goede afspiegeling vormen van de populatie om wie het gaat. Dit is zeker belangrijk nu artificiële intelligentie steeds vaker wordt ingezet ter ondersteuning van de diagnostiek, terwijl veel algoritmes nu nog gebaseerd zijn op data van de witte etnische meerderheid.¹⁰⁸ Meer onderzoek is nodig naar de oorzaken van etnische verschillen in gezondheid. Daarnaast is het belangrijk om in het onderwijs aandacht te besteden aan diversiteit en zorgverleners toe te rusten met de benodigde kennis en vaardigheden om persoonsgerichte zorg te verlenen aan mensen met een migratieachtergrond. Deze zorg wordt vaak cultuursensitieve zorg genoemd.¹⁰⁹ Deze term lijkt te suggereren dat dit een ander soort zorg is dan gewone persoonsgerichte zorg. Dat vind ik onwenselijk. Aandacht voor diversiteit betekent niet dat elke groep een apart soort zorg nodig heeft, voor de ene groep cultuursensitief en voor een andere aangepast aan beperkte gezondheidsvaardigheden. Uiteindelijk gaat het om de kunde om met elke patiënt te spreken over diens problemen en behoeften, die soms gerelateerd zijn aan etnische achtergrond, sekse of sociaal-economische omstandigheden. Hiervoor is allereerst een aandachtige, respectvolle houding van de zorgverlener vereist. Daarnaast zijn specifieke kennis en vaardigheden nodig met betrekking tot diversiteit, die als de 'plus' van persoonsgerichte zorg aangeduid zouden kunnen worden. Bij de zorg voor mensen uit etnische minderheidsgroepen noemt men dit ook wel culturele competenties.¹¹⁰ Hieronder verstaat men een houding van 'culturele bescheidenheid' en bewustzijn van eigen vooroordelen; kennis van de gevolgen van migratie en discriminatie, van etnische verschillen in ziekten en van cultureel beïnvloede verwachtingen van de zorg; en de vaardigheid te kunnen communiceren met mensen met een andere moedertaal.¹¹⁰⁻¹¹⁵

7. OOK IN HET MEDISCH ONDERWIJS SPEELT DISCRIMINATIE EEN ROL.

Discriminatie op basis van huidskleur, religie en sociale status komt veel voor, ook in Nederland.¹¹⁶⁻¹¹⁸ Zelfs binnen de geneeskundeopleiding worden studenten en artsen met een migratieachtergrond vaker negatief beoordeeld of krijgen geen kans op een plaats in een vervolgopleiding tot specialist.¹¹⁹⁻¹²² De verhalen hierover van studenten en huisartsen-in-opleiding kwamen als een schok voor mij. Ter illustratie geef ik het voorbeeld van een groep Nijmeegse coassistenten. Zij hadden alle 24 hun middelbare-schoolopleiding

in Nederland gevolgd en succesvol hun bachelorexamen behaald. Acht van hen hadden een migratieachtergrond. Van deze acht studenten kregen er zes tijdens hun coschap een negatieve beoordeling, terwijl dat slechts een van de andere zestien studenten overkwam. Is dit toeval?? Helaas lijkt dit niet het geval te zijn. Onderzoek binnen andere faculteiten¹²² en onder de Nederlandse huisartsenopleidingen¹²³ toonde aan dat studenten en huisartsen-in-opleiding uit etnische minderheidsgroepen significant vaker een negatieve beoordeling krijgen dan die uit de meerderheidsgroep. Bij opleiders en beoordelaars blijken vooroordelen een rol te spelen.¹²⁴ Dit is zo jammer. Daaraan moeten we echt wat doen! Deze ervaringen waren de aanleiding om CODING op te richten: het Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde,¹²⁵ een enthousiaste groep studenten en artsen die zich inzet voor aandacht voor diversiteit en onbewuste vooroordelen in de geneeskunde.

Daarvoor helpt het als er docenten, studenten, patiënten en ervarings-des-kundigen uit diverse bevolkingsgroepen actief zijn in het onderwijs.¹²⁶ Een goed voorbeeld is het communicatieonderwijs aan onze faculteit. Daar leren studenten communiceren met simulatiepatiënten die moeite hebben met lezen en schrijven of die een migratieachtergrond hebben. Ook belangrijk zijn de verhalen van mensen die studenten in hun eigen omgeving niet zo snel ontmoeten.^{127, 128} In de minor Kwetsbare groepen spreken zij – vaak voor het eerst van hun leven – met dakloze mensen, vluchtelingen, mensen die in armoede leven en mensen met een verstandelijke beperking. Studenten noemen in de evaluaties dit het meest leerzame onderdeel van de minor. In onderwijsmateriaal zou de diversiteit van onze bevolking aan bod moeten komen, zonder te vervallen in stereotypen. Zo zijn er voorbeelden nodig van huidziekten bij mensen met een donkere huid.¹²⁹

Onderwijs over diversiteit en vooroordelen kan heel goed plaatsvinden in interdisciplinair verband, zowel met andere toekomstige zorgprofessionals als met andere faculteiten. RUNOMI, het Radboud Network on Migrant Inclusion, ontwikkelt bijvoorbeeld discipline-overstijgend onderzoek en onderwijs over de gevolgen van migratie.¹³⁰

Daar ben ik blij mee.

Ook verheugend is het dat er breder in de maatschappij aandacht is voor discriminatie en voor wat er nodig is om iedereen, ongeacht opleiding, inkomen of huidskleur, evenveel te laten meetellen. De aanstelling van de Nationaal Coördinator tegen Racisme en Discriminatie en van de coördinator voor de ministerie-brede aanpak 'Discriminatie en gelijke kansen', van het ministerie van VWS¹³¹, stemmen verwachtingsvol. Bij universiteiten – ook de onze – worden mensen benoemd met de specifieke opdracht om aandacht voor diversiteit en inclusie in onderwijs en onderzoek te stimuleren.¹³²

8. INCLUSIEF ONDERZOEK IS GOED MOGELIJK – OOK KWANTITATIEF.

Inclusief onderzoek is wetenschappelijk onderzoek waaraan mensen uit alle bevolkingsgroepen kunnen meedoen, ook degenen die moeite hebben met (Nederlands) lezen. Doorgaans zijn mensen met weinig opleiding of een migratieachtergrond zwaar onder-

vertegenwoordigd in onderzoek. Uitnodigingen om deel te nemen aan onderzoek bereiken hen niet, of de brieven, procedures en vragenlijsten zijn te ingewikkeld. Daardoor blijven hun meningen en ervaringen onbekend, en, erger nog, blijft onbekend wat bij hen het effect is van bepaalde interventies. Als ergens geldt dat niet iedereen evenveel telt, is het wel in wetenschappelijk onderzoek, waar bepaalde groepen letterlijk niet meetellen. Participatief onderzoek biedt een gemakkelijke – wel tijdrovende – manier om alle groepen die bij een onderwerp betrokken zijn, te laten meedoen.¹³³ In zo'n onderzoek delen betrokkenen uit alle geledingen hun meningen en ervaringen, en bepalen ze samen welke actie nodig is om een probleem aan te pakken. Die gezamenlijke ontwikkeling vergroot de kans van slagen van zo'n actie.¹³⁴ Het is fijn dat de methode van participatief actieonderzoek tegenwoordig gepromoot wordt door ZonMw, de organisatie die gezondheidsonderzoek financiert. Helaas wringen de eisen die ZonMw stelt aan onderzoeksvoorstellen, met de realiteit van dit onderzoek. Onderzoekers moeten in zo'n voorstel beschrijven welke interventie ze willen gaan uitvoeren en welk resultaat ze verwachten. Maar bij actieonderzoek kan dat niet omdat de deelnemers zelf de interventie of activiteit kiezen. Subsidieverstrekkers zouden onderzoekers daarom meer ruimte, en dus vertrouwen, moeten schenken om een minder gedetailleerd onderzoeksvoorstel te mogen indienen. Bij kwantitatief onderzoek is het lastig om voldoende deelnemers te betrekken uit groepen die doorgaans buiten beeld blijven. Het blijkt echter wel degelijk mogelijk, bijvoorbeeld met de *Respondent Driven Sampling*-methode. Hierbij werven de onderzoekers enkele deelnemers, die vervolgens zelf weer anderen uit hun netwerk betrekken.¹³⁵ Een andere uitdaging vormt onderzoek met vragenlijsten. Bestaande vragenlijsten zijn meestal ontwikkeld met mensen die makkelijk kunnen lezen. Daardoor zijn ze te ingewikkeld voor veel andere mensen. Het blijkt evenwel mogelijk om samen met taalambassadeurs vragenlijsten te vereenvoudigen én te valideren.¹³⁶ Dat kost wel veel tijd. Aandacht voor het niet-schaden door onderzoek is extra belangrijk bij deelnemers die in psychosociaal kwetsbare situaties leven. Soms kan een vragenlijst echt schaden. Dat maakten we mee in een onderzoek naar het effect van een training over chronische stress. De deelnemers werden zo terneergeslagen van de gebruikte vragenlijst, dat zij daarna de training niet goed meer konden volgen. We hebben toen besloten dat we deze vragenlijst niet meer konden gebruiken – hoe graag we ook met een gevalideerd instrument de training hadden geëvalueerd. Zoals gezegd, is er behoefte aan meer onderzoek naar verschillen in ziekten en zorggebruik tussen verschillende bevolkingsgroepen.¹³⁷ Er bestaan grote datasets over zorggebruik en ziekten. Helaas ontbreekt hierin meestal informatie over opleiding, inkomen of etnische achtergrond van de betrokkenen. Het is nodig dat ook deze gegevens worden opgenomen, zodat de data kunnen worden uitgesplitst naar sociaal-economische status en etnische achtergrond.¹⁵ Alleen met dit soort gedifferentieerde informatie kunnen gezondheidsrisico's juist worden ingeschat¹³⁸ of de effectiviteit van interventies bij bepaalde bevolkingsgroepen worden vastgesteld. Ik zie hierbij een rol voor de Gezondheidsraad, die

in haar adviezen aandacht zou kunnen besteden aan gezondheidsverschillen, en het pleidooi zou kunnen ondersteunen voor gedifferentieerde, representatieve onderzoeksdata. Zij zou bovendien samen met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, NWO en Zonmw kunnen uitdenken hoe meer inclusief onderzoek gerealiseerd kan worden. Ook voor data geldt dat we moeten weten dat iedereen evenveel telt.

9. PROFESSIONELE REBELSHEID IS NODIG, SOMS.

De deelnemers in onze onderzoeken reageren dikwijls niet op e-mails of telefoontjes, maar alleen op whatsappjes van een bekend telefoonnummer. Whats-app voldoet echter niet aan de AVG-eisen. Dit stelt de onderzoekers voor een dilemma. Een ander dilemma doet zich voor rond de beloning van deelnemers aan onderzoek. Nogal wat mensen kunnen niet een vergoeding op hun bankrekening ontvangen, die hebben ze niet (dakloze mensen en ongedocumenteerde migranten) of ze komen in de problemen met hun uitkering. Zij hebben eigenlijk alleen iets aan contant geld, maar dat kan de onderzoeker moeilijk verantwoorden en het is vaak niet toegestaan door de universiteit. Onderzoekers worden zo uitgedaagd om oplossingen te vinden die ethisch verantwoord zijn, en dus niemand uitsluiten van deelname, ook al voldoen ze niet aan de regels die binnen een onderzoeksinstituut gelden. Dat betekent dat zij creatief, maar natuurlijk altijd integer, met die regels moeten omgaan.

Ik pleit voor enige professionele rebelsheid: niet alleen in wetenschappelijk onderzoek maar ook in de gezondheidszorg. Als wetenschapper en zorgprofessional moeten we naar mijn overtuiging kunnen afwijken van regels, voorschriften of richtlijnen wanneer deze indruisen tegen het belang van de deelnemer aan een onderzoek of van de patiënt. Men kan naast de hierboven genoemde voorbeelden denken aan het uitwisselen van gegevens over verwarde, dakloze patiënten. Het is echt niet in hun belang, sterker nog het zou onbarmhartig zijn, om hen in hun tentje in het bos te laten verkommeren, omdat zij niet in staat zijn toestemming te geven aan zorgverleners of politie om zich over hen te ontfemen. Ook voor mensen die illegaal in Nederland zijn moeten we soms de regels ontduiken om hun een menswaardig bestaan te kunnen bieden. Denk bijvoorbeeld aan het uitdelen van medicijnen die nog helemaal goed zijn, maar officieel vernietigd moeten worden. De wetten zijn er voor de mens, de mens is er niet voor de wet.^a Braafheid is een deugd, maar er zijn grenzen!

TOT SLOT

Aan het begin van deze rede noemde ik de toenemende ongelijkheid in de maatschappij een bedreiging voor het welzijn en de gezondheid van de mensen in ongunstige leefomstandigheden, en ook voor onze hele samenleving. Aandacht voor ongelijkheid, voor ver-

^a dus niet "Lex dura sed Lex" (de wet is hardvochtig, maar het is de wet) – maar "Lex pro homine, non homo pro lege" (de wet is er voor de mens, niet de mens voor de wet).

schillen is nodig. Iedereen is immers anders. Alleen door oog te hebben voor diversiteit kunnen we inclusief zijn, dat wil zeggen dat elk mens evenveel kan meetellen – ook mensen in kwetsbare, ongunstige sociale situaties. Ik ben dan ook blij dat mijn bijzondere leerstoel van één dag in de week omgezet wordt naar een voltijds leerstoel ‘Inclusieve persoonsgerichte zorg voor kwetsbare groepen’.

Inclusiviteit betekent de erkenning van ieders identiteit; hoe men zichzelf identificeert met betrekking tot etnische achtergrond, huidskleur en gender. Tegelijkertijd kan de focus op die individuele identiteit juist leiden tot uitsluiting. Als we elkaar niet meer herkennen als fundamenteel gelijk, doet dit afbreuk aan de solidariteit met anderen, en ligt polarisatie op de loer.¹³⁹ Het gevolg is politiek correcte angstvalligheid om mensen niet te kwetsen aan de ene kant en het zich afkeren van andersdenkenden aan de andere kant. Waar die voorzichtigheid of afwending domineert, raakt de echte aandacht voor de persoon – die meer is dan alleen die in hokjes ingedeelde identiteiten – op de achtergrond.¹⁴⁰ Naar mijn smaak slaan we als maatschappij op dit moment door in deze identiteitspolitiek. Ik pleit voor meer aandacht voor wat ons verbindt, voor solidariteit ten behoeve van het algemeen belang – in de moderne woorden van Michael Sandel die vorige maand hier zijn eredoctoraat ontving: *the common good*³⁷ – in een andere wereldtaal een beproefde term: het *bonum commune*.¹⁴¹ Elk mens is evenveel waard. We zijn allen onvolmaakt en kwetsbaar en hebben dus elkaar nodig. We hebben nood aan minder individualisme, een mens komt pas tot bloei in verbondenheid met de ander.¹⁴² De ander is immers de spiegel van onszelf.¹⁴³ Alleen samen kunnen we een goede, rechtvaardige samenleving opbouwen, waarin écht ieder mens telt. Voor die solidariteit is het nodig te erkennen dat we veel met elkaar gemeen hebben.¹⁴⁴ Hiervoor moeten we juist de ander ontmoeten en aandachtig met hem in gesprek gaan.¹⁴⁵

DANK

Aandacht voor de ander is waar het uiteindelijk om gaat. Zonder anderen brengen wij niets tot stand. Elk mens telt – ik heb altijd het voorrecht gehad te voelen dat ik telde, en ik heb zoveel kansen gekregen. Ik had een prachtbaan en werd daarvoor nog vorstelijk betaald ook. Zonder die kansen, de steun, aanmoediging en hulp van anderen zou ik hier niet staan. Woorden van dank schieten tekort en namen noemen doet mensen tekort, vooral al diegenen – veelal vrouwen – die op de achtergrond ondersteunen: de kinderoppassers, schoonmaaksters, assistentes en secretaresses, ondersteuners in onderzoek en onderwijs: zij verdienen heel veel dank!

Veel heb ik geleerd van mijn patiënten uit alle windstreken en sociale klassen, mijn studenten, deelnemers aan onderzoeken en de ervaringsdeskundigen met wie ik onderwijs mocht geven, mijn collega's in de huisartsenpraktijken in Noordwijk, Leiden, Nijmegen en in praktijk Buitenzorg, mijn collega's bij de universiteit en bij Pharos, en van nog zoveel anderen die mij in de loop van mijn leven verrijkt hebben met hun ervaringen en inzichten. Ik bedank hen uit de grond van mijn hart.

Het college van bestuur van de Radboud Universiteit en de raad van bestuur van het Radboudumc, alsmede de verschillende hoofden van de afdeling Eerstelijns geneeskunde en de directie en de programmamanager van Pharos en de begeleidingscommissie van mijn leerstoel wil ik hartelijk danken voor hun vertrouwen en ondersteuning. Indachtig de kernwaarden van onze universiteit wens ik ons allen dat we ons *verbonden* voelen met elkaar en de wereld, *nieuwsgierig* blijven naar opvattingen en ervaringen van anderen en *reflecteren* op onze eigen waarden en opvattingen.

Collega's van de afdeling Eerstelijns geneeskunde en van Pharos, en niet te vergeten de medewerkers van het bureau van de pedel, betuig ik mijn dank voor de bijzonder prettige samenwerking en hun niet aflatende zonnige steun bij al mijn vragen en administratieve onhandigheden.

Speciaal wil ik Dicky, Rob, Jos, Fatiha en Thea bedanken, die mijn rede hebben bewerkt tot een voor iedereen begrijpelijk verhaal.

De promovendi, andere onderzoekers, onderzoeksassistenten en de coördinator verbonden aan mijn onderzoeksgroep hebben de studies uitgevoerd waarover ik hier heb verteld. Ik hoop nog lang van hun gezelschap, vriendschap en kritische gesprekken te mogen genieten.

Het gedachtegoed dat ten grondslag ligt aan veel van wat ik hier genoemd heb, is gebaseerd op de religieuze¹⁴⁶ en politieke¹⁴⁷ waarden die ik in mijn opvoeding heb meegekregen. Ik ontwikkelde dit verder in talrijke discussies met anderen die begeistert zijn van sociale rechtvaardigheid en gelijke kansen op goede zorg. Ik wil hierbij speciaal mijn collega's noemen van de Adelbertvereniging, het Thijmgenootschap, het European Forum for Primary Care en de programmaleider voor persoonsgerichte zorg bij het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Ik ben vanaf mijn geboorte rijk gezegend met liefde en geluk, met mensen die door dik en dun van mij houden, ondanks mijn tekortkomingen – mijn ouderlijk gezin en familie, mijn eigen gezin met mijn kinderen en kleinkinderen, en mijn levensgezel. Ik wens u allen een net zo gelukkig leven met veel liefde. *Maior autem est caritas* – het belangrijkste blijft de liefde.¹⁴⁸

Ik heb gezegd.

Noten

1. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. The *Lancet* 2005; 365: 1099–104.
2. Beunderman, M. & Molijn, C. De vijf belangrijkste ongelijkmakers. NRC 26/27 juni 2021 p.E10–12.
3. Leger des Heils. Factsheet stijging dakloosheid 2022.
https://www.legerdesheils.nl/files/ldh_factsheetdaklozen_online.pdf (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
4. Aalders, P., van Langen, A.M.L., Smits, K., van den Tillaart, D., & Wolbers, M.H.J. (2020). PISA-2018 De verdieping: Kansenongelijkheid in het voortgezet onderwijs. Nijmegen: KBA Nijmegen.
5. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaartsladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
6. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-in-het-eerste-jaar-van-de-coronapandemie/4-samenvatting> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
7. Chilunga, F. P., Stoeldraijer, L., Agyemang, C., Stronks, K., Harmsen, C., & Kunst, A. E. (2023). Inequalities in COVID-19 deaths by migration background during the first wave, interwave period and second wave of the COVID-19 pandemic: a closed cohort study of 17 million inhabitants of the Netherlands. *J Epidemiol Community Health*, 77(1), 9–16.
8. Paus Franciscus Laudato Si. Encycliek. 2015. Libreria Editrice Vaticana / Stg InterKerk / Nederlandse Bisschoppenconferentie (Nederlandse vertaling: <https://rkddocumenten.nl/toondocument/5000-laudato-si-nl/?systeemnum=5000-2>) (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
9. Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W. & de Visser, M. Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. WRR-Policy Brief 7, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag, 2018. <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
10. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag 2020.
<https://adviezen.raadvr.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
11. ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuis.nl, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord: ‘Samen werken aan gezonde zorg’. Versie 1.0 september 2022.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
12. Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *Bmj*, 368.
13. Haker, F., Hosper, K., van Loenen, T. Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie . Pharos Utrecht, 2019.

- <https://www.pharos.nl/kennisbank/gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken-de-negen-principes-voor-een-succesvolle-strategie/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
14. De Been, M., van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Duijnhoven, Th. Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen | Wat maakt het verschil? Werkzame elementen om interventies voor iedereen effectief te maken zodat gezondheidsverschillen verkleinen. Pharos Utrecht, 2018. <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/02/Gezondheid-en-kwaliteit-van-zorg-voor-iedereen-Wat-maakt-het-verschil-Pharos.pdf> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
 15. Boonen, L., van Son, D., Stam, P., Hoekstra, R., de Been, M., Poll, A., van den Muijsenbergh, M. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in relatie tot producten en adviezen van het Zorginstituut. Onderzoek in opdracht van het Zorginstituut. Equalis / Pharos, Utrecht 2022.
 16. Hosper, K. & van Loenen, T. Leven met ongezonde stress . Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen. Pharos, Utrecht 2021. <https://www.pharos.nl/kennisbank/leven-met-ongezonde-stress/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
 17. Juster, R.P., Seeman, T., McEwen, B.S., et al. Social inequalities and the road to allostatic load: From vulnerability to resiliency. In: *Developmental Psychopathology*. Vol 4.; 2016:381-434. doi:10.1002/9781119125556.devpsy408
 18. Renkens, J., Klein, M., van den Muijsenbergh. Publieksverslag Empowermentproject. Nijmegen 2022. <https://www.ru.nl/runomi/research/empowerment/results/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
 19. Wink, G., Fransen, G., Huisman, M., Boersma, S., van Disseldorp, L., van der Velden, K., Wagemakers, A., van den Muijsenbergh, M. Improving Health through Reducing Stress: Parents' Priorities in the Participatory Development of a Multilevel Family Health Programme in a Low-Income Neighbourhood in the Netherlands. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8145. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158145>
 20. Verheul, M., Van Laere, I., Van Genugten, W., van den Muijsenbergh, M. Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: the need for pro-active integrated care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* – 2020 (29); 1: 1–20. <http://doi.org/10.18352/jsi.610>
 21. Spiritus-Beerden, E., Verelst, A., Devlieger, I., Langer Primdahl, N., Botelho Guedes, F., Chiarenza, A., De Maesschalck, S., Durbeej, N., Garrido, R., Gaspar de Matos, M., Ioannidi, E., Murphy, R., Oulahal, R., Osman, F., Padilla, B., Paloma, V., Shehadeh, A., Sturm, G., van den Muijsenbergh, M., Vasilikou, K., Watters, C., Willems, S., Skovdal, M., Derluyn, I. Mental Health of Refugees and Migrants during the COVID-19 Pandemic: The Role of Experienced Discrimination and Daily Stressors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 6354. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126354>
 22. Renkens, J., Rommes, E., van den Muijsenbergh, M. Refugees' Agency: On Resistance, Resilience, and Resources. . *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19.2 2022: 806.
 23. Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., Fava, G.A. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom.* 2021;90(1):11-27. doi:10.1159/000510696
 24. Godoy, L.D., Rossignoli, M.T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., de Lima Umeoka, E.H. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci.* 2018;12(July):1-23. doi:10.3389/fnbeh.2018.0012

25. Beese, S., Postma, J., Graves, J.M. Allostatic Load Measurement: A Systematic Review of Reviews, Database Inventory, and Considerations for Neighborhood Research. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24). doi:10.3390/ijerph192417006
26. Siddiqui, N. Z., Beulens, J. W., van der Vliet, N., den Braver, N. R., Elders, P. J., & Rutters, F. (2022). The longitudinal association between chronic stress and (visceral) obesity over seven years in the general population: The Hoorn Studies. *International Journal of Obesity*, 46(10), 1808-1817.
27. Constantine Tsigos, MD, PhD, Ioannis Kyrou, MD, PhD, M.Ed., FHEA, Eva Kassi, MD, PhD en George P. Chrousos, MD, MACP, MACE F. Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology. NCBI bookshelf; 2020.
28. Chalovich, J.M., Eisenberg, E. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta- Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Magn Reson Imaging*. 2013;31(3):477-479.
29. Hantsoo, L., Zemel, B.S. Stress gets into the belly: Early life stress and the gut microbiome. *Behav Brain Res*. 2021;414:1-25. doi:10.1016/j.bbr.2021.113474
30. Grummit, L. R., Kreski, N. T., Kim, S. G., Platt, J., Keyes, K. M., & McLaughlin, K. A. (2021). Association of childhood adversity with morbidity and mortality in US adults: a systematic review. *JAMA pediatrics*, 175(12), 1269-1278.
31. Misiak, B., Stańczykiewicz, B., Pawlak, A., et al. Adverse childhood experiences and low socioeconomic status with respect to allostatic load in adulthood: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*. 2022;136(November 2021). doi:10.1016/j.psyneuen.2021.105602
32. Smith, K.E., Pollak, S.D. Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *J Neurodev Disord*. 2020;12(1):1-15. doi:10.1186/s11689-020-09337-y
33. D'Amico, D., Amestoy, M.E., Fiocco, A.J. The association between allostatic load and cognitive function: A systematic and meta-analytic review. *Psychoneuroendocrinology*. 2020 may;121:104849. doi:10.1016/j.psyneuen.2020.104849
34. Panel Meetellen. Rapportage Gezond Leven. Ervaringen van Utrechters in een kwetsbare situatie met gezond leven, hun gezondheid en corona. 2021. <https://utrecht.meetellen.nl/onderzoeken/gezond-leven> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
35. Tomasdottir, M., Sigurdsson, J., Petursson, H., Kirkengen, A., Ivar Lund Nilsen, T., Hetlevik, I., Getz, L. Does 'existential unease' predict adult multimorbidity? *BMJ open* 2016;6 (11): p.e012602.
36. Dijkstra, I., Horstman, K. (2021) 'Known to be unhealthy': Exploring how social epidemiological research constructs the category of low socioeconomic status. *Soc Sci Med*. 2021 Sep;285:114263. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114263. Epub 2021 Jul 27. PMID: 34411967.
37. Sandel, M.J. (2020). *The tyranny of merit: What's become of the common good?* Penguin UK.
38. Zhang, Y.B., Chen, C., Pan, X.F., Guo, J., Li, Y., Franco, O. H., ... & Pan, A. (2021). Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with mortality and incident cardiovascular disease: two prospective cohort studies. *Bmj*, 373.
39. Christian Geppert en Sander Muns. Verhoging van minimumloon en bijstand als wondermiddel voor welvaart en welbevinden van de lage inkomensgroep? Een ex-ante analyse van de gevolgen van de beleidswijziging in 2023/'24 voor inkomen, gezondheid en welzijn. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, februari 2023.

- <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/02/15/verhoging-van-minimumloon-en-bijstand-als-wondermiddel-voor-welvaart-en-welbevinden-van-de-lage-inkomensgroep> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
40. Berman, M. (2018). Resource rents, universal basic income, and poverty among Alaska's Indigenous peoples. Retrieved on January 29th 2021 from World Development, 106, 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.014>
 41. Ghuman, U. (2022). A Policy Review of the SEED (Stockton Economic Empowerment Demonstration) Project: Is the Devil in the Details? *International Journal of Community Well-Being*, 5(4), 819–830.
 42. <https://zaanstad.nieuws.nl/actueel/78055/proef-met-gratis-geld-voor-150-gezinnen-in-de-bijstand/> (geraadpleegd 4 Juni 2023)
 43. Nivel-cijfers gezondheidsvaardigheden Nederlandse bevolking 2021: <https://www.nivel.nl/nl/dossiers/dossier-gezondheidsvaardigheden> (geraadpleegd 4 Juni 2023)
 44. Van den Muijsenbergh, M., Torensma, M., Skowronek, N., de Lange, T. en Stronks, K. (2022) Undocumented Domestic Workers and Coronavirus Disease 2019: A Qualitative Study on the Impact of Preventive Measures. *Front. Commun.* 2022: 7:736148. doi: 10.3389/fcomm.2022.736148
 45. Van Loenen, T. & van den Muijsenbergh, M.E.T.C. Dakloosheid en corona, lessen voor de pandemiebestendige toekomst van medische zorg en opvang. Radboudumc Nijmegen april 2022. Te raadplegen op: <https://www.coronatijden.nl/resultaten-dakloosheid-en-corona/> (geraadpleegd 4 Juni 2023)
 46. Van Loenen, T., Denktaş, S., Merkelbach, I., van den Muijsenbergh, M. Corona gedragsmaatregelen. Kennis, naleving en gevolgen van de corona gedragsmaatregelen voor sociaal kwetsbare groepen en mensen met een migratieachtergrond. Rapport van een studie in opdracht van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. Pharos / Radboudumc / Erasmus University Rotterdam, 2020.
 47. Van den Muijsenbergh, M.E., Gingnagel, D., Duijnhoven, T., Dees, M.K. “Ik weet niet wat lock-down betekent”. Moeite met lezen en schrijven in tijden van corona. *Huisarts Wet* 2020;63(8): 46–48. doi:10.1007/s12445-020-0783-6.
 48. Van den Muijsenbergh, M. & Van Loenen, T. Covid-19 vaccination and homelessness: the need for a person-centered integrated approach. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 2021 11(1), 29–44.
 49. Labuschagne, L.J.E., Smorenburg, N., van de Kasstelee, J., et al. Determinants of COVID-19 vaccine uptake in the Netherlands: an ecological analysis. *medRxiv* 2023.
 50. Ousseine, Y.M., Durand, M.A., Bouhnik, A.D., Smith, A. ‘Ben’, Mancini, J. Multiple health literacy dimensions are associated with physicians’ efforts to achieve shared decision-making. *Patient Educ Couns.* 2019;102(11):1949–1956. doi:10.1016/j.pec.2019.05.015
 51. Shen, H.N., Lin, C.C., Hoffmann, T., Tsai, C.Y., Hou, W.H., Kuo, K.N. The relationship between health literacy and perceived shared decision making in patients with breast cancer. *Patient Educ Couns.* 2019;102(2):360–366. doi:10.1016/j.pec.2018.09.017
 52. Durand, M.A., Carpenter, L., Dolan, H., et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(4):e94670. doi:10.1371/journal.pone.0094670

53. Durand, M.A., Yen, R.W., O'Malley AJ, ...van den Muijsenbergh, M.E.T.C. et al. (2021). Helping Women with Breast Cancer Choose between Surgical Treatment Options. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). <https://doi.org/10.25302/06.2021.CDR.151132975>
54. Schubbe, D., Yen, R.W., Saunders, C.H., Elwyn, G., Forcino, R.C., O'Malley, A.J., Politi, M.C., Margenthaler, J., Volk, R.J., Sepucha, K., Ozanne, E., Percac-Lima, S., Bradley, A., Goodwin, C., van den Muijsenbergh, M., Aarts, J.W.M., Scalia, P., Durand, M.A. Implementation and sustainability factors of two early-stage breast cancer conversation aids in diverse practices. *Implement Sci* 2021; 16(1): 51.
55. Schubbe, D., Scalia, P., Yen, R., Saunders, C., Cohen, S., Elwyn, G., van den Muijsenbergh, M., Durand, M.A. Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes. *Patient Education and Counseling* Volume 103, Issue 10, 2020, 1935-1960.
56. Hamdiui, N., Bouman, M.P.A., Stein, M.L., Crutzen, R., Keskin, D., Afrian, A., van Steenberg, J.E., van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Timen, A. The development of a culturally sensitive educational video: how to facilitate informed decisions on cervical cancer screening among Turkish- and Moroccan-Dutch women. *Health Expect.* 2022; 25: 2377- 2385. doi:10.1111/hex.13545
57. Hamdiui, N., Stein, M., van Steenberg, J., Crutzen, R., Bouman, M., Khan, A., Çetin, M., Timen, A., van den Muijsenbergh, M. Evaluation of a Web-Based Culturally Sensitive Educational Video to Facilitate Informed Cervical Cancer Screening Decisions Among Turkish- and Moroccan-Dutch Women Aged 30 to 60 Years: Randomized Intervention Study. *J Med Internet Res* 2022;24(10):e35962. URL: <https://www.jmir.org/2022/10/e35962> doi: 10.2196/35962
58. Starfield, B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344(8930): 1129-1133.
59. Maeseneer, J. de, Willems, S., Sutter, A. de, Geuchte, I. van de, Billings, M. Primary healthcare as a strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. 2007.
60. Van den Muijsenbergh, M., Van Weel, C. The Essential Role of Primary Care Professionals in Achieving Health for All *Ann Fam Med* 2019;17:293-295. <https://doi.org/10.1370/afm.2436>.
61. Gezondheidsraad. European primary care. Publicatienr. 2004/20^E, Den Haag, 2004. NB: dit advies van de Gezondheidsraad uit 2004 leidde tot de oprichting van het European forum for primary care, dat meer dan honderd verschillende eerstelijnsorganisaties uit 33 landen verenigt, die zich samen inzetten om de eerstelijnszorg in alle landen voor alle burgers te realiseren. <https://euprimarycare.org/> (geraadpleegd 4 Juni 2023)
62. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De basis op orde. Uitgangspunten voor een toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag, 2023. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
63. Grol, S.M., Molleman, G.R.M., Wensing, M., Kuijpers, A., Scholte, J.-K., van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Scherpier, N.D., Schers, H.J. Professional Care Networks of Frail Older People: An Explorative Survey Study from the Patient Perspective. *International Journal of Integrated Care*, 2020; 20(1): 12, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4721>

64. Vera de Berk, Lieke van de Camp, Wouter Jongebreur, Eline Reiff en Maaïke Jongerius. Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk – eindrapportage, monitoring & evaluatie. Onderzoeksbureau Significant Public in opdracht van het ministerie van VWS. Januari 2021. <https://public.significant-groep.nl/storage/images/employees/domeinoverstijgend-samenwerken-in-de-praktijk-2.pdf> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
65. Van Der Knaap, T., Smelik, J., De Jong, F., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P.P. Citizens' initiatives for care and welfare in the Netherlands: An ecological analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–12.
66. Berns, J., van Hummel, N., Runia, J. Burgerinitiatieven en wijkteams. De kracht van verbinding. NJI 2021. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-09/Burgerinitiatieven%20en%20wijkteams.pdf> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
67. Hakansson Eklund, J., Holmstrom, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Hoglander, J., Sundler, A. J., Conden, E., & Summer Meranius, M. (2019). "Same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), 3–11. [https://doi.org/S0738-3991\(18\)30623-2](https://doi.org/S0738-3991(18)30623-2)
68. Ahmed, A., van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Vrijhoef, H.J.M. (2023). Person-centred care in the Dutch primary care setting: Refinement of middle-range theory by patients and professionals. *PLoS ONE* 18(3): e0282802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282802>
69. Ahmed, A., van den Muijsenbergh, M. E., & Vrijhoef, H. J. (2022). Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3328–e3341.
70. Zorginstituut Nederland. Kader Passende zorg. Diemen 2022. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
71. Grol, S., Molleman, G., Van Heumen, N., van den Muijsenbergh, M., Scherpier-de Haan, N., Schers, H. General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study. *Health policy*, 2021 (125,7) : 930 –40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.011>
72. Scheffer, R. & van den Muijsenbergh, M.E.T.C. Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschr Gezondheidswet*, 2019. DOI: 10.1007/s12508-019-0214-x
73. Lambregtse, C. Starten met meer tijd voor de patiënt, hoe werkt dat? *De Dokter* 2, 2023: 12 – 15.
74. <https://krachtigebasiszorg.nl/> en Leemrijse, C., Korevaar, J. *Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken*. Utrecht: Nivel, 2021.
75. De Pluspraktijken in Zuid-Limburg www.hechtehuisartsenzorg.nl (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
76. Raaijmakers, L. en Bischoff, E. Nieuw onderzoek naar een integraal ketenzorgprogramma. *Huisarts en wetenschap* 63 (2020): 76–76. <https://www.ketenzorgontketend.nl/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
77. Paula Vernooij. Evaluatie van het uurgesprek in de Huisartsenpraktijk. Ervaringen van huisartsen. Verslag onderzoeksstage afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, 2021.

78. Kusiak, L. Limburgse dokters verwijzen minder door. Een voorbeeld voor de huisartsenzorg in heel Nederland. *Zorginstituut Magazine* december 2020: 22-23.
79. Van Son, J., Van Haren, Q., ten Hove, S. Aanpassingen in huisartsenconsulten renderen. *MC* 18 maart 2022;11:18-20.
80. Jung, H.P, Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., Wensing, M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y
81. Ilse Waarloo. Evaluatie van het uurgesprek in de huisartsenpraktijk: effecten op zorggebruik en ervaringen van patiënten. Verslag onderzoeksstage afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, 2023.
82. Zie voor een voorbeeld en overige suggesties: Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Oosterberg, E. (red.) *Persoonsgerichte zorg voor iedereen met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Prelum NHG/Pharos Utrecht 2022: pag.173 – 175, 227 en hoofdstuk 23.
83. Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø., Baste, V., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2023). Continuity of care and mortality for patients with chronic disease: an observational study using Norwegian registry data. *Family Practice*, cmado25.
84. Van Everdingen, J.J.E., Arents, B.W.M. & Van Enst, W.A. Richtlijnen in historisch perspectief. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2022;166:D6956.
85. Buruma, Y. De last der verantwoording. *NTvG* 2023;167:15:24 – 27.
86. Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH), De huisarts van Morgen. Manifest april 2023. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/lovah-manifest-def-april-2023-interactief.pdf (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
87. Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. *Etnische diversiteit in ziekte en behandeling*. Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Oosterberg, E. (red.) *Persoonsgerichte zorg voor iedereen. Met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Prelum NHG/Pharos 2022: hoofdstuk 13: 185 – 197.
88. Ghoozarz, i B., Helberg-Proctor, A., Brewster, L., van den Akker, T. 'Ras' en etniciteit registreren in de zorg: een precare kwestie. Ondeugdelijke categorisering kan leiden tot onjuiste conclusies. *Medisch Contact*, 8 september 2022.
89. Buckle J. Ras vanuit een medisch-sociologisch perspectief. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2019;163:D2652.
90. Helberg-Proctor, A., M'charek, A., Meesters, E. 'Ras' speelt ten onrechte rol in klinische besluitvorming. *Medisch Contact*, 2019:22-5.
91. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 2022. Expertsessie 'Etnische classificaties in de gezondheidszorg'. <https://www.wrr.nl/actueel/nieuws/2022/07/05/expertsessie-etnische-classificaties-in-de-gezondheidszorg> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
92. Sexton, S., Richardson, C., Schrager, S., Bowman, M., Hickner, J., Morley, C., Mott, T., Pimlott, N., Saultz, J., Weiss, B.D. Systemic Racism and Health Disparities: A Statement From Editors of Family Medicine Journals. *Ann Fam Med* 2021;19:2-3. <https://doi.org/10.1370/afm.2613>.
93. Ikram, M.U.Z. Social determinants of ethnic minority health in Europe. Diss. Amsterdam, 2016.
94. Achterbergh, L., Suurmond, J., Linthorst, G.E. Respectvol etnisch profileren in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2019;163:D2716.

95. Van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Quarsie, J., Burgers, J.S., Agyemang, C.O. Onderscheid naar etnische afkomst – Hoe doen we dat in de gezondheidszorg? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2021;165:D5445.
96. Kist, J.M., Vos, R.C., Mairuhu, A.T., Struijs, J.N., van Peet, P.G., Vos, H.M., ... & Groenwold, R.H. (2023). SCORE2 cardiovascular risk prediction models in an ethnic and socioeconomic diverse population in the Netherlands: an external validation study. *Eclinicalmedicine*, 57.
97. Blasimme, A., Vayena, E. The Ethics of AI in Biomedical Research, Patient Care and Public Health. *SSRN Electron J.* 2019.
98. Gottlieb, E.R., Ziegler, J., Morley, K., Rush, B., & Celi, L. A. (2022). Assessment of racial and ethnic differences in oxygen supplementation among patients in the intensive care unit. *JAMA Internal Medicine*, 182(8), 849-858.
99. Elbert, N. Relatie tussen lage apgarscore en sterfte varieert tussen etnische groepen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2023;167:D7494.
100. Gillette, E., Boardman, J.P., Calvert, C., John, J., Stock, S.J. (2022) Associations between low Apgar scores and mortality by race in the United States: A cohort study of 6,809,653 infants. *PLoS Med* 19(7): e1004040. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004040>
101. Kamulegeya, L.H., Okello, M., Bwanika, J.M., Musinguzi, D., Lubega, W., Rusoke, D., et al. Using artificial intelligence on dermatology conditions in Uganda: A case for diversity in training data sets for machine learning. *bioRxiv*. 31 oktober 2019.
102. Brewster, L. Registratie naar etniciteit maakt onderzoek naar oversterfte mogelijk. *MC* 26 november 2020;48"14 – 17.
103. Fulton, R. Ethnic monitoring: is health equality possible without it? Race Equality Foundation, United Kingdom 2010.
104. Tankink, J.B., Verschuuren, A.E., Postma, I.R., van der Lans, P.J., de Graaf, J.P., Stekelenburg, J., & Mesman, A.W. (2021). Childbirths and the Prevalence of Potential Risk Factors for Adverse Perinatal Outcomes among Asylum Seekers in The Netherlands: A Five-Year Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12933.
105. Bovens, M., Jennissen, R., Bokhorst, M., et al. Afscheid van westers en niet-westers. Naar meervoudige indelingen van herkomstgroepen. WRR-Policy Brief 8. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag, 2021.
106. Centraal Bureau voor de Statistiek <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/nieuwe-indeling-bevolking-naar-herkomst> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
107. Flanagan, A., Frey, T., Christiansen, S. Updated Guidance on the Reporting of Race and Ethnicity in Medical and Science Journals. *JAMA* August 17, 2021 Volume 326, Number 7.
108. Soloukey, C. High-tech discriminatie in de gezondheidszorg: hoe artificiële intelligentie de gezondheidskloof verbreedt. *TGE* 2022;32-4:109 – 111.
109. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ernst Kuipers, en de minister voor langdurige zorg en sport, Conny Helder. Kamerbrief met beleidsnota cultuursensitieve zorg. Den Haag, 2022, 3479828-1040891-MEVA.

110. Jager, M., den Boeft, A., Versteeg-Pieterse, A., Leij-Halfwerk, S., Pelgrim, T., van der Sande, R., van den Muijsenbergh, M. Observing cultural competence of healthcare professionals: A systematic review of observational assessment instruments. *Patient Educ Couns* 2021; 104(4): 750-59.
111. Kawous, R., Allwood, E., Norbart, E., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. (2020) Female genital mutilation and women's healthcare experiences with general practitioners in the Netherlands: A qualitative study. *PLoS ONE* 15(7): eo235867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235867>
112. Jager, M., Den Boeft, A., Leij-Halfwerk, S., Van der Sanden, R., van den Muijsenbergh, M. Cultural competency in dietetic diabetes care—A qualitative study of the dietician's perspective. *Health Expectations*, 2020;23:540–548.
113. Jager, M., van der Sande, R., Essink-Bot, M., van den Muijsenbergh, M. Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands – A qualitative study. *European Journal of Public Health*, 2018 cky186. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky186>
114. Loenen T. van, Muijsenbergh, M. van den, Hofmeester, M., Dowrick, C., Ginneken, N. van, Aggelos Mechili, E., Angelaki, A., Ajdukovic, D., Bakic, H., Rotar Pavlic, D., Zelko, E., Hoffmann, K., Jirovsky, E., Mayrhuber, E.S., Dückers, M. Mooren, T., Gouweloos-Trines, J., Kolozsvári, L., Rurik, I. & Lionis, C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*, 1-6. doi:10.1093/eurpub/ckx210
115. Renkens, J. & van den Muijsenbergh, M.E.T.C. Empowerment, psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen. Handreiking voor de huisartsenpraktijk. Radboudumc / Pharos, Nijmegen, 2022. <https://www.ru.nl/runomi/research/empowerment/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
116. Van Loenen, T., Hosper, K., Venderbos, J. Onderzoeksrapport: Discriminatie en gezondheid. Pharos, Utrecht, 2022. <https://www.pharos.nl/kennisbank/onderzoek-discriminatie-gezondheid/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
117. Hanssens, L.G., Detollenaere, J.D., Van Pottelberge, A., et al. Perceived discrimination in primary healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. *Health & social care in the community* 2017;25(2):641-51.
118. Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., Torre, A. van der, et al. Ervaren discriminatie II. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020 (SCP-publicatie 2020-5).
119. Niemansburg, S., Pauw, S., ter Steege, L. 'Ik kreeg het gevoel dat ik mijn persoonlijkheid moest aanpassen' Coassistenten met migratieachtergrond krijgen met discriminatie te maken. *Medisch Contact*, 11 mei 2022.
120. Isik, U., Wouters, A., Croiset, G., & Kusurkar, R.A. (2021). "What kind of support do I need to be successful as an ethnic minority medical student?" A qualitative study. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-12.
121. Leyerzapf, H., Abma, T.A., Steenwijk, R.R., Croiset, G., Verdonk, P. Standing out and moving up: performance appraisal of cultural minority physicians. *Adv Health Sci Educ*. 2015;20:995-1010.
122. Stegers-Jager, K.M., Steyerberg, E.W., Cohen-Schotanus, J., Themmen, A.P. Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Med Educ*. 2012;46:575-85.

123. Van Moppes N.M., Willems, S., Nasori, N., Bont, J., Akkermans, R., van Dijk, N., van den Muijsenbergh, M., Visser, M. Ethnic minority GP-trainees at risk for underperformance assessments: a quantitative cohort study. *BJGP* 2022.0082. DOI: 10.3399/BJGPO.2022.0082
124. Humphrey, H., Levinson, D., Nivet, M., Schoenbaum, S. Addressing Harmful Bias and Eliminating Discrimination in Health Professions Learning Environments: An Urgent Challenge. *Academic Medicine*, Vol. 95, No. 12 / 2020 Supplement S1-3.
125. Coding: <https://www.linkedin.com/company/coding-collectief/>. (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
126. Owosenig, A.V. From portraits to role models – why we need black physicians in academic medicine. *N Engl J Med* 2020;383(23):2204-2205.
127. M'Hamdi, H.I. Wat de ethiek van diversiteit kan leren. *TGE* 2022;32-4:107-18.
128. Kiza Magendane, interview NRC, zaterdag 16 oktober 2022. P21.
129. Dekkers, L., Isik, U., Sanders, C., Dilaver, G. Donkere huid zelden afgebeeld in Nederlandse dermatologieboeken. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2023;167:D7332.
130. <https://www.ru.nl/runomi/education/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
131. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2022–2023 Aanhangsel van de Handelingen Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. 1944 (vragen m.b.t. tot aanpak discriminatie)
132. Ros, B. & Zunneberg, S. Gekleurd geluid op een witte campus. “Altijd het gevoel anders te zijn”. *Radboud Magazine*, 65,2020:14 – 17.
133. O'Reilly-de Brún, M., De Brún, T., O'Donnell, C.A., Papadakaki, M., Saridaki, A., Lionis, C., Burns, N., Dowrick, C., Gravenhorst, K., Spiegel, W., Van Weel, C., Van Weel-Baumgarten, E., Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & MacFarlane, A. (2017). Material practices for meaningful engagement: An analysis of participatory learning and action research techniques for data generation and analysis in a health research partnership. *Health Expectations*, 20(4), 1 – 12. doi:10.1111/hex.12598
134. Van den Muijsenbergh, M.E.T.C., LeMaster, J.W., Shahiri, P., Brouwer, M., Hussain, M., Dowrick, C., Papadakaki, M., Lionis, C., MacFarlane, M. Participatory implementation research in the field of migrant health: Sustainable changes and ripple effects over time. *Health Expectations* 2020 (23,2): 306 -17.
135. Hamdiui, N., van Steenberg, J., Rocha, L.E.C., Meiberg, A., Urbanus, A., Ait Hammou, N., van den Muijsenbergh, M., Timen, A., Stein, M.L. Hepatitis B screening among immigrants: How to successfully reach the Moroccan community. *J Viral Hepat.* 2021;00:1–4. DOI: 10.1111/jvh.13604
136. Schut, T., Van de Meeberg, B., Etz, R., van den Muijsenbergh, M., Lucassen, P., Olde Hartman, T. Measurement of person-centered primary care: the Dutch translation of the PCPCM. Submitted 2023. Gebaseerd op: Schut, T. Adaptation and Validation of the Person-Centered Primary Care Measure (PCPCM) for the Netherlands. Onderzoeksverslag afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, 2019. En : Van de Meeberg, B. PCPCM-NI – hoe persoonsgericht is de huisarts? Onderzoeksverslag afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, 2023.
137. Van Der Lee, A.P., De Haan, L., & Beekman, A.T. (2020). Trends in zorggebruik van patiënten met schizofrenie: Verslechtering van zorg door hoge eigen bijdragen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164(33).

138. Maassen H. Er moet een referentiegenoom komen voor Caribische Nederlanders. *Medisch Contact* 16, 20 april 2023:27-28.
139. Neiman S. Links ≠ Woke. Oorspronkelijke titel *Left Is Not Woke*. Vertalin Sonja Matthews. Lemniscaat Rotterdam, 2023, 2^e druk; o.a. p.13 beschrijft zij hoe identiteitspolitiek in wezen overeenkomt met rechts nationalisme: “....het principe van tribalisme: je kunt je alleen verbonden voelen met de leden van de eigen groep..”. Haar pleidooi voor universalisme versus tribalisme werkt zij uit in H.2. op p.17 zet zij uiteen hoe mensen divers zijn, en witte, zwarte, bruine gemeenschappen verre van homogeen.
140. Van den Muijsenbergh, M., Soloukey, S., Damsté, C. Wikken en wegen: de juiste balans vinden met betrekking tot diversiteit in de gezondheidszorg. *TGE* 2023;22,4: 85.
141. René Grotenhuis. Bonum Commune. Column in: *De Bezieling*, 4 Juni 2021. <https://debezieling.nl/bonum-commune/> (geraadpleegd op 4 Juni 2023)
142. Levinas E. *Humanism of the other*. University of Illinois Press, Chicago, 2006.
143. Buber, M. *Ik en Jij*. Oorspronkelijke titel: *Ich und Du* (1923). Uit het Duits vertaald door Marianne Storm. Utrecht: Erven J. Bijleveld, 1998.
144. Marguerite van den Berg, Essay Klassenstrijd, NRC 15-16 April 2023,5.
145. Kapuściński, R. *De ander*, essays van de reporter van de eeuw. Vertaald door Ewa van den Bergen-Makala. De Arbeiderspers Amsterdam-Antwerpen, 2e druk 2009. p.42-43 100.
146. Caspers, T. *Proeven van goed samenleven. Inleiding in het katholiek sociaal denken*. Den Bosch: Adveniat / Baarn: VKMO. 2012.
147. Guevara, E. El socialismo y el hombre nuevo. In: *Marcha*, 12 maart 1965 (geraadpleegd online op 11 februari 2018 in Archivo Che Guevara, <https://www.marxists.org/espanol/guevara/65-socyh.ht>
148.Maior (autem) est Caritas. 1 Korintiërs 13:13 Nieuwe Testament (Statenvertaling): “En nu blijft geloof, hoop en liefde, deze drie; doch de meeste van deze is de liefde”.

Bedankt!

Ik heb heel veel geluk in mijn leven.
Mijn familie en veel andere mensen houden van mij.
En ik heb veel geluk gehad in mijn werk.
Heel veel mensen hebben mij altijd geholpen.
Daarvoor ben ik heel dankbaar.
En dat wens ik u allemaal.

Tot slot

Elk mens is belangrijk.
 We willen dat iedereen gelijke kansen krijgt.
 Daarvoor heeft de ene persoon meer hulp nodig,
 of iets anders dan de ander.
 Het is dus belangrijk te kijken naar verschillen.
 Naar verschillen in gezondheid en naar
 verschillen tussen mensen.
 En daar moet het toch niet over gaan.
 Ik wil dat we meer kijken naar waarin we
 hetzelfde zijn.
 We willen allemaal hetzelfde : een gezond leven,
 liefde en geluk.
 Ook de mensen met wie wij het niet eens zijn,
 willen dat.
 Echt iedereen is belangrijk.
 Niemand kan alleen leven of zonder hulp van
 anderen.
 We moeten zelf doen wat we kunnen, maar ook
 om hulp vragen.
 Dat is niet zwak maar juist sterk!
 Zo maken we samen de wereld gezonder.

4. Onderwijs

Ik heb lesgegeven aan studenten die huisarts worden. Dat vond ik altijd heel leuk. Ik leerde de studenten

- Hoe ze eenvoudige uitleg geven.
- Hoe ze met een tolk samenwerken.
- Hoe ze persoonlijke zorg geven. En schreef daar boek over.

Ik heb geleerd hoe iedereen mee kan doen aan onderzoek.

- Maak je vragen niet te moeilijk, en test ze met de taalambassadeurs van Stichting ABC. Zij hebben ook deze tekst getest.
- Maak de vragen in andere talen. Dan begrijpen mensen die geen Nederlands spreken de vragen ook.
- Vraag mensen om de vragen door te sturen aan hun familie en vrienden. Dan doen er meer mensen mee met het onderzoek. We leerden dat je niet alle vragen kan stellen. Bijvoorbeeld persoonlijke vragen. Die kunnen iemand verdrietig maken, waardoor vragen niet ingevuld worden.

- Bijvoorbeeld over zorgen over geld of over hun kinderen.
Daardoor kunnen ze doorverwijzen naar de juiste hulp.
- Het is belangrijk dat de patiënt de huisarts vertrouwt.
Een gesprek met nieuwe patiënten helpt hierbij.
Zeker voor vluchtelingen die niet weten hoe de zorg in Nederland werkt.
 - De huisartsenpraktijk moet ook goed samenwerken met organisaties in de wijk. Bijvoorbeeld het buurthuis, de wijkverpleging en vluchtelingenwerk. Dat lukt goed als zij elkaar kennen en daar tijd voor hebben.

3. Iedereen kan meedoen aan onderzoek

Mensen die moeite hebben met lezen, of mensen die een andere taal spreken, doen vaak niet mee aan onderzoek.
Want de vragen zijn te moeilijk. Of de onderzoekers kennen de mensen niet.

Begrijpelijke informatie

Veel informatie over ziekten is te moeilijk.
Huisartsen praten ook vaak te moeilijk.
Veel mensen begrijpen de informatie niet.
En weten niet wat ze moeten doen.
Bijvoorbeeld bij informatie over hoe een
onderzoek gaat.

Daarom zijn er video's en verhalen met tekeningen
gemaakt.
Daarin staat hoe je ziekten herkent. En wat je zelf
kunt doen om niet ziek te worden.

2. Persoonlijke zorg en samenwerken

We weten hoe dokters en andere hulpverleners in
de wijk nog beter zorg geven. Zodat iedereen de
zorg krijgt die hij begrijpt en nodig heeft.
• Dan zijn huisartsen en patiënten meer
tevreden. Het helpt als de huisarts meer
tijd heeft om rustig met de patiënt te
praten.
• En als ze goede uitleg geven met plaatjes.
• Als ze vragen wat voor de patiënt belangrijk
is. En niet alleen naar ziekten vragen.

1. Wat helpt mensen om gezonder te worden?

Minder stress

Veel mensen hebben zorgen over geld. Of zij voelen discriminatie. Dat geeft allemaal stress. Van veel stress word je ziek.

Daarom is het heel belangrijk om stress minder te maken.

Dat vinden mensen met weinig geld, of met andere problemen ook.

Voor hen is het belangrijk weinig stress te hebben. Het helpt als dokters vragen naar de problemen die mensen hebben.

Zoals zorgen over geld, racisme of moeite hebben met lezen en schrijven.

Er is een cursus gemaakt voor mensen met veel stress.

En ook een les door en voor vluchtelingen. Daarin leggen we uit hoe je van stress ziek wordt. En dat je moeilijker kunt denken door stress. We leggen uit waar je hulp kunt vinden. En hoe je zelf kunt ontspannen.

mensen met een donkere huid.
Van zorgen over geld en van discriminatie word je
ziek.

Maar ik zie veel goede veranderingen.
Er is meer aandacht voor verschillen in gezondheid.
Bijvoorbeeld bij huisartsen, de overheid en
verzekeraars.
Veel mensen vinden het belangrijk dat iedereen
gelijke kansen krijgt.
Voor een goede gezondheid. Voor een goed leven.
Daar ben ik blij mee.

Wat heb ik afgelopen jaren gedaan

Toen ik begon wilde ik 4 dingen verbeteren:

- 1. Wat helpt mensen om gezonder te worden?*
- 2. Persoonlijke zorg en samenwerken*
- 3. Iedereen kan meedoen aan*
- 4. Onderwijs*

Ik vertel u graag wat wij de afgelopen jaren hebben
geleerd. Zodat u en anderen verder kunnen werken
hieraan.

Corona

Veel informatie over Corona was erg moeilijk, voor mensen die moeite hebben met lezen. En voor mensen die niet vaak Nederlands spreken. Het leek wel of zij niet belangrijk zijn. Dat is niet goed.

Arme mensen kregen vaker corona dan rijke mensen. Zij krijgen ook vaker andere ziekten.

En mensen die kort naar school zijn geweest zijn eerder ziek dan mensen die aan de universiteit studeerden.

Die verschillen tussen groepen mensen noemen we gezondheids-verschillen.

Gezondheids-verschillen

Die verschillen vind ik niet eerlijk.

Ik vind dat we allemaal even belangrijk zijn.

Daaraan heb ik gewerkt als huisarts en professor. Helaas zijn de verschillen niet kleiner geworden. Nog steeds leven rijke mensen langer dan arme mensen.

Er zijn nog steeds veel mensen met weinig geld. Ook is er nog veel discriminatie, bijvoorbeeld bij

Iedereen is belangrijk, en u ook



Beste meneer of mevrouw,

Mijn naam is Maria, en ik werk al 40 jaar als huisarts in Nijmegen.
Ik was vanaf 2018 professor bij de Universiteit van Nijmegen.
Nu stop ik met werken. Ik wil u graag nog iets vertellen.

Elk mens in Nederland is belangrijk.

Dat staat in de wet.

Voor de wet zijn we allemaal even belangrijk.
Maar is dat ook echt zo?

Ik denk van niet, en dat is niet eerlijk.

© Prof. dr. Maria E.T.C. van den Muijsenbergh,
Nijmegen, 2023

Iedereen is belangrijk, en u ook

*Toespraak (afschied) Maria van den Muijsenbergh,
als bijzonder hoogleraar zorg voor mensen die veel
problemen hebben.*

*Radboud Universiteit/het Radboudumc
donderdag 29 juni 2023*

**Iedereen is belangrijk,
en u ook**

TOESPRAAK

MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH



Samenvatting van de
afscheidsrede geschreven door:
Thea Duijnhoven (Pharos) en
getest door de taalambassadeurs
van Stichting ABC:



Dicky Gingnagel



Fatima Essalmy



Jos Niels



Rob Weijers

Radboud Universiteit





Radboud Universiteit



Iedereen is belangrijk, en u ook

TOESPRAAK MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH

Uitspraak
van
Maria van den
Muisenbergh