

# *Verschil moet er zijn!*

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH

•  
in au  
gurele  
redo

*change perspective*

Radboud Universiteit



## INAUGURELE REDE

### PROF. DR. MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH



Maria van den Muijsenbergh (Heerlen, 1956) is huisarts/straatdokter en bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc. Deze leerstoel is in het leven geroepen door Pharos, het expertisecentrum

gezondheidsverschillen, waar mw. Van den Muijsenbergh werkt als senior onderzoeker. Sinds de start van haar werk als huisarts in 1983 heeft Maria van den Muijsenbergh een bijzondere interesse voor kwetsbare groepen: ongeneeslijk zieken, vluchtelingen, laaggeletterden, daklozen. Haar onderzoek en onderwijs richten zich op de vraag hoe de eerstelijnszorg kan bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidsachterstanden van deze groepen.

Prof. Van den Muijsenbergh werkt nauw samen met internationale onderzoeksinstituten, zoals in de Europese onderzoeksprojecten Restore, EUR-Human, Oramma. Ze is actief in maatschappelijke organisaties, was onder meer bestuurslid van het Nederlands Huisartsen-genootschap en het Algemeen Maatschappelijk werk in Leiden. Ook was ze een van de oprichters van de Leidse wetenschapswinkel en van Straatdokter Praktijk Buitenzorg. Zij is secretaris van de medische afdeling van het Thijmgenootschap, voorzitter van de Adelbertvereniging, van de Special Interest Group on migrant care van de WONCA (wereld organisatie van huisartsen) en van Wereldvrouwenhuis Mariam van Nijmegen (opvang voor dakloze migrantenvrouwen).

VERSCHIL MOET ER ZIJN!



## **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*

**door prof. dr. Maria van den Muijsenbergh**

Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Facilitair Bedrijf, Post & Print  
Fotografie omslag: Bert Beelen

© Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh, Nijmegen, 2018

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden 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 aanwezigen,*

Verschil moet er zijn! Zo noem ik mijn rede over gezondheidsverschillen.

Moeten deze verschillen er dan zijn? Is het rechtvaardig dat de laagstopgeleide mensen in Nederland 18 jaar korter in goede gezondheid leven dan de hoogst opgeleide?<sup>1</sup> Nee!

Is het acceptabel dat vluchtelingen in Nederland vaker suikerziekte krijgen dan andere leeftijdsgenoten,<sup>2</sup> en dat deze kans vooral groot is wanneer ze geen baan kunnen vinden?<sup>3</sup> Nee!

Zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen onvermijdelijk? Driewerf nee! Lage opleiding, armoede, eenzaamheid, discriminatie en sociale uitsluiting, slechte woon- en werkomstandigheden leiden tot ernstige gezondheidsachterstanden. Dat is niet acceptabel en dat is niet nodig! Wij - u allen, met welke achtergrond ook - wij, de maatschappij, kunnen én moeten hieraan iets doen.

Huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, verpleegkundigen, verloskundigen en andere werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg, verkeren in de bevoorrechte positie dát ze hier elke dag iets aan kunnen doen. Daarvoor moeten wij wel verschil durven maken: elke mens is anders en heeft dus net iets anders nodig dan 'standaard'. Verschil maken móet om vermijdbare achterstanden in gezondheid te verminderen.

Alle mensen zijn uniek geschapen, door geboorte gelijk. Elk ander is gelijkwaardig aan onszelf. Geschiedenis en heden van de mensheid, van de beschaving, laat anders zien: feitelijke ongelijkheid in allerhand opzicht. Wanneer wij die ongelijkheid tegenkomen in onze omgeving, in ons beroep, moeten we aandacht hiervoor hebben op basis van onze principiële overtuiging. Moeten wij de ander onze aandacht geven, en attent erop zijn hoe deze andere "anders" is - wat nodig is om gelijkwaardigheid te realiseren. Ieder van ons opereert op eigen terrein. Ik werk in de geneeskunst.

Wat zijn gezondheidsverschillen - waardoor worden ze veroorzaakt - en vooral: wat kunnen we eraan doen en waarom moeten we dat nú doen? Daarover gaat mijn oratie.

#### I. GEZONDHEIDSVERSCHILLEN: WAT ZIJN DIT EN HOE WORDEN ZE VEROORZAKT?

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn de systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en mensen met een lage maatschappelijke positie. Positie wordt in sterke mate bepaald door opleiding, inkomen en migratieachtergrond. Wereldwijd geldt: hoe lager op de sociale ladder hoe hoger het risico op chronische ziektes en op vroegtijdige sterfte, door hart- en vaatziekten, suikerziekte, maar ook door kanker en door ongelukken.<sup>4-6</sup>

Ook in Nederland zien we deze verschillen,<sup>7</sup> die nog steeds niet afnemen.<sup>8</sup>

Mensen met alleen basisonderwijs hadden in 2016 viermaal vaker suikerziekte en viermaal vaker chronische longziekten dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding.<sup>9-10</sup> Bij migranten komt suikerziekte twee tot vier keer vaker voor dan onder

anderen met dezelfde opleiding.<sup>11,12</sup> Deze verschillen betreffen niet alleen lichamelijke aandoeningen, maar ook psychische en sociale problemen. Eenzaamheid komt drie keer zo vaak voor onder laagopgeleiden als onder hoogopgeleiden;<sup>13</sup> migranten krijgen vaker en op jongere leeftijd dementie.<sup>14</sup> In het algemeen hebben niet-westerse migranten een slechtere gezondheid dan andere Nederlanders met dezelfde opleiding, vaak ook slechter dan die van inwoners van hun land van herkomst.<sup>12,15,16</sup>

Een lage maatschappelijke positie wordt gekenmerkt door de combinatie van ongunstige omstandigheden. Soms zijn deze omstandigheden rechtstreeks slecht voor de gezondheid, bijvoorbeeld bij mensen die in een wijk wonen met veel fijnstof in de lucht, of die gevaarlijk werk doen, of onvoldoende geld hebben om eten te kopen.

Vaker evenwel zijn dergelijke omstandigheden slecht voor de gezondheid omdat ze chronische stress veroorzaken. Dat zien we bij armoede en schulden, bij kindermishandeling of andere vormen van geweld, bij eenzaamheid, of bij sociale uitsluiting.<sup>17,18</sup> Dit laatste, discriminatie dus, speelt een belangrijke rol bij de slechtere gezondheid van mensen met een migratie-achtergrond.<sup>19-21</sup> Bij migranten spelen vaak nog meer bronnen van stress: het verlies van familie en vertrouwde omgeving, het moeten aanpassen aan andere gewoontes en taal. Migrantenvolgens zonder verblijfsvergunning lijden daarenboven onder materiële uitsluiting van voorzieningen, en onder onzekerheid over de toekomst.

Hoe leidt chronische stress tot ziektes? Op acute stress, zoals een infectie of een dreigende situatie, reageren onze hersenen door ons lichaam in staat van paraatheid te brengen: er komen hormonen en afweerstoffen vrij waardoor we ons kunnen verdedigen of kunnen vluchten. Als er sprake is van chronische stress, dan raakt dit zogenaamde 'allostatische systeem' overbelast. Er ontstaat een teveel aan bepaalde stoffen in het lichaam (onder andere cortisol) die schade veroorzaken aan bloedvaten en ander organen en de kans op hart- en vaatziekten, suikerziekte en depressie vergroten.<sup>22-25</sup> Daar komt nog bij dat veel mensen in zulke omstandigheden weinig zelfwaardering hebben: zij zijn gewend dat hun toch niets lukt. Deze psychische gesteldheid blijkt ook op zichzelf die allostatische belasting, en dus de kans op chronische ziektes, te verhogen.<sup>26</sup>

Chronische stress en een gebrek aan zelfvertrouwen maken het moeilijk om een ongezonde leefstijl te veranderen. Tegelijk is bekend dat roken, weinig bewegen en ongezonde voeding juist die allostatische belasting verergeren. Zo komen veel mensen in een neerwaartse spiraal, met een grotere kans op ziekte. Door die ziekte kunnen ze niet werken, verdienen ze nog minder geld en neemt de stress nog verder toe.

Onze gezondheidszorg speelt onvoldoende in op deze combinatie van factoren. De zorg sluit vaak niet aan bij wat mensen met gezondheidsachterstanden nodig hebben: adviezen zijn nogal eens niet te begrijpen, of onuitvoerbaar in het dagelijks leven, en er is onvoldoende aandacht voor de (psychosociale) oorzaak van ziektes.<sup>27</sup> De organisatie van onze gezondheidszorg is ingewikkeld, en informatie over gezondheid voor veel mensen onbereikbaar, onbegrijpelijk of ontoepasbaar. Dit raakt 29 procent van alle

mensen in Nederland.<sup>28</sup> Dit is het geval bij mensen die moeite hebben met lezen en schrijven,<sup>29</sup> maar ook bij veel eerste generatie migranten in Nederland.<sup>30</sup> Deze groepen hebben hierdoor minder goede toegang tot de gezondheidszorg. Die toegang wordt ook nog beperkt door financiële drempels zoals het eigen risico en eigen bijdragen.<sup>31</sup> Bovendien zijn de resultaten van de geleverde zorg bij hen minder goed. Zij krijgen bijvoorbeeld eerder complicaties bij hart- en vaatziekten en bij suikerziekte.<sup>32-34</sup> Kanker wordt bij hen later ontdekt en zij krijgen minder vaak de nieuwe behandelmethodes.<sup>35</sup>

Meestal is bij mensen met gezondheidsachterstanden sprake van een combinatie van ziektes. De ziektes versterken elkaar, en worden verergerd door de slechte maatschappelijke omstandigheden. Zo komen depressie en suikerziekte dikwijls tegelijk voor, en vooral onder bevolkingsgroepen die leven in armoede of chronische stress, of lijden onder dagelijks geweld of sociale uitsluiting.<sup>36</sup> Luchtvervuiling kan astma veroorzaken, en dit gebeurt vaker bij kinderen die mishandeld worden.<sup>37</sup> Voor ziektes die, in relatie met sociale en economische achterstelling, zozeer met elkaar samenhangen, hebben Amerikaanse antropologen een nieuwe woord bedacht: syndemieën: samenhangende epidemieën.<sup>38</sup> Het woord vestigt de aandacht erop dat je deze syndemische ziektes ook in samenhang moet bestrijden: suikerziekte en overgewicht nemen niet af wanneer je deze als op zichzelf staande aandoeningen beschouwt, en niet kijkt naar de onderliggende oorzaken. Pillen geven en blijven zeggen dat iemand moet afvallen, genezen niet de patiënt voor wie schulden een bron van chronische stress vormen.

## II. GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN VEREISEN EEN NIEUWE AANPAK!

### *Een integrale aanpak is effectief*

Het moet dus anders! Bestrijding van syndemische ziektes vraagt om een andere aanpak dan artsen, onderzoekers en publieke gezondheidszorg nu gewend zijn. Zij moeten zich niet op één ziekte richten, maar op de combinatie van ziektes. Ze moeten aandacht besteden aan de sociale problemen die deze ziektes veroorzaken of verergeren. En dat helpt! Gelukkig weten we dat gunstige sociale omstandigheden beschermen tegen ziekte: waar armoede en sociale uitsluiting ziek maken, verbetert het hebben van werk de gezondheid; waar eenzaamheid en moeite met lezen en schrijven de kans op depressies vergroten, kunnen die genezen wanneer iemand leert lezen en schrijven.<sup>39</sup>

Ik geef u een voorbeeld hoe gunstige sociale omstandigheden beschermend werken. Vluchtelingen die al lang in Nederland zijn - zo is uit onderzoek gebleken - ontwikkelen vaker dan andere bevolkingsgroepen psychische problemen, overgewicht en suikerziekte. Bij vluchtelingen die een baan hebben en zich psychisch sterker voelen, is dit echter veel minder het geval.<sup>3</sup>

Een integrale aanpak, dat wil zeggen een benadering die aandacht besteedt aan zowel de persoonlijke als sociale omstandigheden, en aan een goede en toegankelijke gezondheidszorg blijkt effectief om gezondheidsachterstanden te verminderen. In

Finland bijvoorbeeld lukte het in de vorige eeuw door een combinatie van overheidsmaatregelen en activiteiten samen met de lokale bevolking, om de sterfte aan kanker en hart- en vaatziekten fors te verminderen.<sup>40</sup> In Engeland vonden tussen 1997 en 2010 zowel landelijk als plaatselijk diverse activiteiten plaats om de gezondheid van mensen in de minst gezonde wijken te verbeteren. De levensverwachting van de minst gezonde mensen bleek langzaam toe te nemen, maar ging na het stoppen van het programma weer achteruit!<sup>41</sup> Het is dus essentieel om structureel en gedurende lange tijd zulk beleid door te zetten. Wetenschappelijk onderzoek toont pas jaren later de effecten aan. Uit de eerste evaluaties van de Engelse programma's was bijvoorbeeld nog niet dit effect op de levensverwachting gebleken.<sup>42</sup> In Nederland zijn sinds 2014 honderdvijfenzestig gemeentes bezig met een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Met het programma "Gezond-in" ondersteunt Pharos, het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, deze gemeentes om de positieve factoren te versterken op vijf terreinen: de fysieke en sociale omgeving (schone lucht, groene omgeving, sociale contacten), participatie (werk en inkomen, armoede bestrijding, schuldhulpverlening), gedrag en vaardigheden (versterken van zelfvertrouwen en gezondheidsvaardigheden), preventie en zorg (zorg die aansluit bij de burger en oog heeft voor de sociale oorzaken van ziektes).<sup>43</sup> Integrale aanpak is overigens alleen succesvol als onderzoekers, zorgverleners en beleidsmakers samenwerken met de betrokken burgers, bijvoorbeeld via sleutelpersonen in de wijk of gemeenschap.<sup>44</sup> Samen bekijken die per situatie wat gewenst is, werken niet met een blauwdruk maar ontwerpen maatwerk.

Hoewel ook landelijk beleid nodig is om sociale omstandigheden te verbeteren (werkgelegenheid, inkomensverdeling, schone lucht, goedkoper gezond eten), gaat het toch vooral om activiteiten dicht bij huis. De lokale overheid heeft invloed op een veilige woon- en leefomgeving. Meer groen in de wijk bijvoorbeeld leidt tot betere gezondheid.<sup>45</sup> Maar ook kan de gemeente zorgen voor toegankelijke taalcursussen voor nieuwkomers en voor goede schuldhulpverlening.

We weten ook dat met name de zorgverleners in de eerstelijns veel kunnen doen om gezondheidsachterstanden te verminderen. Wereldwijd geldt dat een sterke eerstelijnsgezondheidszorg bijdraagt aan een betere gezondheid van met name de bevolking in achterstandsgebieden en van migranten.<sup>46,47</sup>

#### *De cruciale rol van de eerstelijnsgezondheidszorg*

Huisartsen en praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten - alle zorgverleners dicht bij huis, die samen de eerstelijnsgezondheidszorg leveren - hebben een uitgelezen positie om bij te dragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.<sup>48</sup> Zij komen bij mensen thuis en zien de funeste gevolgen van maatschappelijke misstanden: de armoede, de slechte huisvesting, de bronnen van chronische stress. Mensen uit kwetsbare sociale groepen komen

aldoor bij de huisarts met hun vragen en problemen, al dan niet verpakt als lichamelijke klacht.<sup>49,50</sup> Zij vinden het fijn als die de mogelijke psychosociale oorzaken van hun klachten ter sprake brengt. Van oudsher behoren aandacht voor de hele persoon en diens context, en voor een brede kijk op de oorzaken van ziekte, tot de kernwaarden van de huisarts.<sup>51-53</sup> De kracht van de eerstelijns kan evenwel beter benut worden, vooral door samenwerking met andere welzijnsorganisaties in de wijk, de GGD die verantwoordelijk is voor de publieke gezondheid, en de gemeente. Samenwerking is ten eerste nodig om te zorgen dat mensen met hun problemen op het goede adres komen: de huisarts moet de weg naar schuldhulpverlening kennen, en naar sociale activiteiten in de wijk. Maar daarenboven kan de kennis die huisartsen hebben over de ziekten van hun patiënten een waardevolle bijdrage leveren aan de gezondheid van de lokale gemeenschap. Zij kan de gemeente informeren over ongezonde omstandigheden in de wijk. Met een “*community-oriented primary care*” strategie (COPC)<sup>54</sup> kan de eerstelijns samen met de lokale bevolking, GGD en gemeente vormgeven aan wijkgebonden preventie.<sup>53,55</sup> Al vanaf 1931<sup>56</sup> zijn voorbeelden bekend hoe huisartsen door middel van COPC de gezondheidsproblemen van de lokale gemeenschap in kaart brachten en samen met de lokale bevolking interventies bedachten om de gezondheid te verbeteren. Ook in België en Nederland zijn sommige eerstelijnssteams heel succesvol actief in hun wijk om samen met hun patiëntenpopulatie de leefomstandigheden te verbeteren.<sup>57,58</sup> Deze voorbeelden verdienen navolging op grotere schaal. Om dit te realiseren moeten wel een aantal randvoorwaarden worden verbeterd. Alle organisaties van eerstelijnsprofessionals zijn het daarover eens. Hulpverleners moeten meer tijd krijgen en er moet meer ‘scharrelruimte’ komen: professionals, ziektekostenverzekeraars en gemeenten moeten gemakkelijker kunnen doen wat belangrijk is, zonder dat de regels hen belemmeren; bijvoorbeeld in uitzonderlijke gevallen een schuld aflossen, omdat zo de betrokkene de mentale ruimte krijgt om aan de oorzaken van de schuld te werken. Eerstelijns, GGD, welzijn en gemeente moeten elkaar leren kennen en vertrouwd worden met elkaars cultuur en taal. Interprofessioneel opleiden van artsen, verpleegkundigen, paramedici en welzijnswerkers kan daarbij helpen.<sup>59</sup> Het moet ook gemakkelijker worden belangrijke informatie over een persoon - met diens toestemming - te delen met zijn hele netwerk: hulpverleners en mantelzorgers.<sup>60</sup> Dat is goed mogelijk, maar nu wordt nog te vaak het beroepsgeheim aangevoerd om dit niet te doen.<sup>61</sup>

#### *De helende kracht van persoonsgerichte zorg*

Bovenal kunnen eerstelijns zorgverleners hun persoonlijke relatie met de patiënt nog effectiever inzetten. Want persoonsgerichte zorg heeft een directer genezend effect dan u wellicht denkt. Te vaak hebben patiënten nu het gevoel dat zij gereduceerd worden tot meetbare eenheden van gewicht, bloedsuiker en bloeddrukwaarden. De Ethiopische vluchteling en thans hoogleraar in Stanford, Adam Verghese, heeft dit zo mooi verwoord: ‘Mensen zeggen over hun arts: hij luistert nooit naar mij, raakt mij niet aan. Het

is een gebrek aan erkenning van hun zijn, en een gebrek aan het gebruik maken van onze persoon als zorgverlener.<sup>62</sup>

Zorg die de persoon van de patiënt centraal zet, niet zijn medische toestand, noemen we persoonsgericht. Dit betekent aandacht voor het dagelijks leven, de sociale omstandigheden en emoties, waarden en behoeftes van de patiënt. Persoonsgerichtheid vraagt om empathie, om erkenning en acceptatie van de persoon, hoe anders deze ook is dan de hulpverlener zelf. Empathische, persoonsgerichte zorg leidt niet alleen tot meer tevredenheid van de patiënt (en de arts!), maar heeft een directe gunstige invloed op de gezondheid,<sup>63,64</sup> al helemaal bij patiënten in achterstandssituaties met complexe problematiek, zo weten we uit onderzoek.<sup>65</sup> Angst, pijn en depressie verminderen door persoonsgerichte zorg, terwijl de suikerwaarden bij patiënten met suikerziekte en de longfunctie bij mensen met een chronische longziekte, erdoor verbeteren.<sup>66-74</sup>

Het is gemakkelijker je in te leven in de gevoelens van de ander wanneer de afstand tussen jouzelf en die ander kleiner is. Dat gaat artsen dan ook gemakkelijker af bij hoog- dan bij laagopgeleide patiënten.<sup>75</sup> Maar juist bij zulke patiënten is het heilzaam hun het positieve gevoel te geven dat ze gekend en begrepen worden.<sup>76</sup> Dit positieve gevoel van jezelf, ook wel *coherence* genoemd, houdt in dat je snapt wat er gebeurt in het leven, dat je voelt dat je leven er toe doet en dat je er in zekere mate controle over hebt.<sup>77</sup> Dit gevoel kan met psychologische technieken getraind worden, wat leidt tot betere gezondheid, ook bij mensen met lage opleiding of inkomen.<sup>78,79</sup> Een empathische, persoonsgerichte zorg versterkt dit gevoel,<sup>69</sup> net zoals het actief betrokken worden in beslissingen over je eigen zorg. Vaak wordt gedacht dat laagopgeleide mensen zouden willen dat hun arts beslist over hun zorg, en niet zichzelf.<sup>80</sup> Dat is onjuist. Bijna alle mensen willen meebeslissen over zoiets belangrijks als hun gezondheid en de behandeling van hun ziektes, zo blijkt.<sup>81</sup> Ze zijn immers zelf expert van hun eigen lijf en leven. Artsen moeten wel op begrijpelijke wijze uitleggen welke mogelijkheden er zijn, en welke gevolgen die hebben voor hun dagelijks leven. Dit vraagt om de vaardigheid om begrijpelijk te kunnen communiceren, en te checken wat de patiënt heeft begrepen. Hierin schieten nog veel hulpverleners tekort.<sup>27</sup>

Persoonsgerichte zorg vraagt nog meer van hulpverleners: om zorg op maat te leveren móet je durven afwijken van richtlijnen en protocollen, terwijl de afgelopen jaren juist veel nadruk is komen te liggen op protocollair handelen.<sup>82</sup> Het is in het algemeen goed dat richtlijnen en protocollen een kader bieden, maar hulpverleners moeten hiervan durven afwijken wanneer de betrokken patiënt niet er binnen past. Dit vraagt lef van artsen en anderen, zeker omdat zij tegenwoordig vaak verantwoording over hun handelen moeten afleggen door het aanleveren van protocollair verzamelde meetbare resultaten van hun zorg. Het systeem van verantwoording afleggen in de zorg moet daarom fundamenteel veranderen. We moeten af van de afvinklijsten en de nadruk op biomedische kwaliteitsindicatoren die alleen meten wat meetbaar is, en niet waar het werkelijk om gaat. We moeten toe naar een nieuw systeem van kwaliteitscontrole, gericht op

het leren van eigen fouten, zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving het noemt: 'Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid'.<sup>83</sup>

Het goed leren kennen van de patiënt en zijn omgeving kost tijd en regelmatig persoonlijk contact. Hierom is het belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk de zelfde hulpverlener krijgen, hun 'eigen' huisarts, of verpleegkundige. De voordelen van deze persoonlijke continuïteit van zorg zijn bekend,<sup>84</sup> maar jammer genoeg kiezen steeds meer huisartsen ervoor om telkens ergens anders waar te nemen, in plaats van zich aan één praktijk te binden. Uiteindelijk bespaart persoonsgericht werken overigens tijd, bleek uit verschillende onderzoeken!<sup>85</sup>

### III. WAT GA IK VANUIT DEZE LEERSTOEL BIJDRAGEN?

Mijn wetenschappelijk onderzoek zal zich richten op de eerstelijnszorg. Welke rol kan die spelen in het verminderen van gezondheidsachterstanden? Het gaat dan om vragen als: welke elementen van persoonsgerichte communicatie helpen het meest om het gevoel van eigenwaarde van de patiënten te verhogen; wat helpt om chronische stress te verminderen en hoe kunnen drukbezette hulpverleners dit in praktijk brengen; hoe kunnen de noodzakelijke randvoorwaarden gerealiseerd worden? Hoe kunnen eerste lijnsteams samenwerken met de inwoners van hun wijk, de GGD en gemeente om de leefomstandigheden in de wijk te verbeteren?

Dit gaan we op de volgende manier onderzoeken. Samen met gezondheidscentra in verschillende steden gaan we telkens een bepaald aspect van persoonsgericht integraal werken uittesten. Bijvoorbeeld de samenwerking tussen huisartspraktijken en schuldhulpverlening, of de inzet van een praktijkondersteuner om mensen met complexe sociale problemen te begeleiden, of het aanbieden van interventies om stress te verminderen en zelfvertrouwen te bevorderen, of eenzaamheid te bestrijden. Steeds zal ik, met mijn collega's van de afdeling Eerstelijns geneeskunde hier aan het Radboudumc en bij Pharos, dit samen doen met de betrokken hulpverleners, burgers, GGD en welzijnsorganisaties. Met hen bekijken we wat in hun situatie nodig en mogelijk is. Want voor onderzoek geldt hetzelfde als voor de eerder genoemde integrale aanpak: wanneer vanaf het begin af aan alle betrokkenen meedenken en -doen, is de kans het grootst dat een nieuwe werkwijze blijvend gebruikt gaat worden. Hierbij passen we waar mogelijk de beschreven *community-oriented primary care* benadering<sup>54</sup> toe. We doen dit volgens de inzichten van de *Normalisation Process Theory*,<sup>86</sup> in combinatie met de onderzoekstechnieken van de methode PLA (*Participatory learning and action*)<sup>87,88</sup>, waarmee ik in eerdere internationale onderzoeken over de zorg voor migranten succesvol heb gewerkt.<sup>89-91</sup> Deze methode maakt het mogelijk dat ook mensen die weinig lezen en schrijven of migranten die een andere taal spreken, op gelijkwaardige wijze kunnen mee in onderzoek.<sup>92</sup> In mijn onderzoek zal ik aandacht blijven besteden aan de sociaal meest kwetsbare groepen zoals daklozen en migranten zonder verblijfsvergunning.

Het moge duidelijk zijn dat onderzoek op dit terrein multidisciplinair moet zijn; vooral is de inbreng nodig van psychologen en communicatiedeskundigen vanwege hun kennis van gedragsverandering en effectieve positieve communicatie, die in de gezondheidszorg nog nauwelijks benut wordt.<sup>93</sup>

Graag zet ik ook mijn internationale samenwerking voort met verwante wetenschappers binnen en buiten Europa, met de WONCA, de wereldorganisatie van huisartsen, en met Each, de internationale organisatie op het gebied van communicatie in de gezondheidszorg.

In wetenschappelijk onderzoek worden momenteel vaak mensen bewust uitgesloten die meerdere ziektes tegelijk hebben (comorbiditeit), of die moeite hebben met de Nederlandse taal, of met lezen en schrijven in het algemeen. U zult begrijpen dat dit verkeerd is als we te weten willen komen hoe we syndemische ziektes kunnen bestrijden, hoe we gezondheidsachterstanden kunnen verminderen. Vanuit mijn leerstoel wil ik bevorderen dat juist deze groepen die de meeste gezondheidsproblemen hebben aan wetenschappelijk onderzoek kunnen deelnemen. Dat vraagt om aanpassingen, onder andere van de vragenlijsten en van de manier waarop je mensen om deelname vraagt.<sup>94</sup> Voorwaar niet gemakkelijk maar wel mogelijk! We hopen dit binnenkort succesvol toe te passen in een geneesmiddelenonderzoek.

Ik ben benoemd tot hoogLERAAR. De universiteit is oorspronkelijk een plek voor studenten om te leren (*corpus studiosorum*). Belangrijke taak van de hoogleraar vind ik dan ook het geven van onderwijs. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar zoals u pas nog hebt kunnen lezen in de krant, dreig je als professor vooral toch 'afgerekend' te worden op stromen van publicaties en geld voor onderzoek. Een bedenkelijke ontwikkeling waartegen gelukkig steeds meer verzet komt, onder andere van de VSNU en KNAW,<sup>95</sup> die naast het aantal publicaties ook de kwaliteit en maatschappelijke impact van wetenschappelijke onderzoek willen laten meetellen. Naar mijn inzicht is het belangrijk om de opvattingen die ik hier met u heb gedeeld, juist ook aan studenten en huisartsen in opleiding door te geven. Ik hoop door mijn onderwijs bij te dragen aan het bewustzijn en kennis van gezondheidsverschillen, én aan het gevoel van verantwoordelijkheid van artsen om hieraan iets te doen. We willen studenten en hulpverleners de vaardigheid leren om persoonsgericht, positief-opbouwend en begrijpelijk te communiceren met patiënten. Gelukkig heb ik hier enthousiaste collega's met wie we dit onderwijs ontwikkelen en uitvoeren, zoals op dit moment binnen de minor over kwetsbare patiënten.

#### IV. WAAROM ZOUDEN WE IETS DOEN AAN DIE GEZONDHEIDS- VERSCHILLEN?

Ik ben nu aan mijn laatste punt toegekomen. Ik heb gesproken over de verschillen in gezondheid, hun oorzaken en wat eraan te doen. Ik heb uiteengezet wat ik vanuit mijn leerstoel daaraan wil bijdragen. Een belangrijke vraag heb ik echter nog niet behandeld: waarom zouden we eigenlijk daaraan iets doen?

Mijn persoonlijke drijfveer is de overtuiging dat elke mens van waarde is. Dat wij allen samen de verantwoordelijkheid hebben voor een goede samenleving, waarin we elk ons steentje naar vermogen bijdragen. Dat we opkomen voor mensen die dat zelf niet kunnen - de arme, de zieke, de vreemdeling, de gevangene<sup>96</sup> - en solidair zijn vanuit wederzijdse betrokkenheid en erkenning; bereid zijn deel te nemen in het bestaan van de ander.<sup>97</sup> Dat we ieder in zijn unieke anders-zijn erkennen, maar dat er méér is dat ons bindt dan dat ons onderscheidt. De ander met wie wij verbonden zijn, is immers ook de spiegel van onszelf: volgens de filosoof Martin Buber worden wij zelfs in wezen bepaald door de relatie met de ander.<sup>98</sup> We willen dus elk - ander ontmoeten op onze reis door het leven, zoals zo prachtig beschreven wordt door de Poolse journalist Kapuściński.<sup>99</sup>

Ik herken hierin de kernwaarden van de katholieke sociale leer<sup>100</sup> waarvan ik van jongs af aan ben doordrongen, en van het socialistische ideaal dat mij sinds mijn studententijd heeft geïnspireerd,<sup>101</sup> en dat in zijn uitwerking vergaand parallel bleek. Menselijke waardigheid, solidariteit en algemeen welzijn worden overigens ook binnen de islam en andere levensovertuigingen gekoesterd. Deze waarden probeer ik steeds in praktijk te brengen.

Toegang tot gezondheidszorg en tot de voorwaarden voor een goede gezondheid geldt als een mensenrecht.<sup>102</sup> Ook vanuit het oogpunt van sociale rechtvaardigheid of *equity* streven we naar het opheffen van vermijdbare gezondheidsachterstanden.<sup>103</sup> *Equity* wil zeggen dat zorg en beleid zodanig zijn dat eenieder in gelijke mate de zorg krijgt die hij nodig heeft. Oftewel: wie meer, of andere zorg nodig heeft, dient die ook te krijgen. Verschil moet er dus zijn!

De tijd is rijp..... De aandacht voor ongelijkheid, bijvoorbeeld in opleidingskansen,<sup>104</sup> groeit in de maatschappij. Gezondheidsachterstanden zijn niet los te zien van andere maatschappelijke ongelijkheid. Zo'n veertien procent van onze bevolking is in alle opzichten - inkomen, opleiding, sociaal kapitaal en gezondheid - slecht bedeed.<sup>105</sup> Toenemend worden mensen met een migratie achtergrond gediscrimineerd en gecriminaliseerd, waarbij nog steeds sommige politici roepen dat zij een bedreiging vormen voor onze samenleving, ook al heeft onderzoek aangetoond dat dit onzin is.<sup>106</sup> Het maatschappelijk debat over tegenstellingen tussen arm en rijk, tussen wit en zwart verhardt zich, waardoor de nadruk komt te liggen op wat ons van de ander onderscheidt, in plaats van wat ons verbindt. Ik pleit voor verschil maken, omdat eenieder gelijke kansen verdient en alle mensen fundamenteel gelijk zijn.

En gelukkig zijn er steeds meer mensen en instanties die zich hard maken voor een inclusieve samenleving, waarin plaats is voor iedereen, en we oog en oor hebben voor de ander. Onze regering heeft - naast in een mijn ogen teleurstellend beleid ten opzichte van vluchtelingen en andere migranten - goede plannen om sociale oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken. Zij erkent dat schulden vaak ontstaan door te ingewikkelde regels van de overheid zelf. Zo heeft minister Bruins een plan om

de kans te verkleinen op schulden bij de ziektekostenverzekeraar (met onverzekerd zijn en hoge boetes als gevolg).<sup>107</sup> Minister De Jonge heeft eveneens een ambitieus plan om eenzaamheid te bestrijden.<sup>108</sup> De Gezondheidsraad pleit voor strengere normen voor fijnstof en stikstof in de lucht.<sup>109</sup> Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport noemt zijn beleidsagenda al ‘Zorg die verschil maakt’,<sup>110</sup> en besteedt veel aandacht aan preventie. De nota “Zonder context geen bewijs” van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft veel discussie uitgelokt over het belang van de context van de patiënt en de nadelen van te zeer geprotocolleerde zorg.<sup>82</sup> En zelfs de belastingdienst wil nu zijn diensten niet alleen makkelijker, maar ook begrijpelijker maken.<sup>111</sup> We zien bovendien hoopgevende maatschappelijke initiatieven waarin mensen uit verschillende sociale lagen contact met elkaar zoeken, zoals in samen-woonprojecten,<sup>112</sup> of zoals de hartverwarmende overvloed aan vrijwilligers bijvoorbeeld hier in Nijmegen die vluchtelingen ondersteunen.

Het pleidooi om verschil te durven maken, geldt niet alleen de gezondheidszorg. Onze geseculariseerde samenleving lijkt overtuigd van de maakbaarheid van het bestaan. In die overtuiging kan elke misstand door de juiste wet of regel voorkomen worden. Veel sectoren dreigen zo dichtgetimmerd te worden met richtlijnen en protocollen, die weer gecontroleerd moeten worden. Dit leidt tot een cultuur van wantrouwen jegens professionals en instanties, en angst bij professionals om af te wijken van de richtlijn. Ik pleit voor vertrouwen in elkaar, ondanks ons aller feilbaarheid, voor het lef om verantwoordelijkheid te nemen voor ons handelen en verantwoording af te leggen; durf af te wijken van regels als die mensen schaden. In waardigheid zijn alle mensen gelijk. Laten we met elkander verschil durven maken!

#### TOT SLOT

Aandacht voor de ander: daar gaat het mij om. Zonder anderen brengen wij niets tot stand. Zonder de steun, aanmoediging en hulp van anderen zou ik hier niet staan. Woorden van dank schieten tekort, namen noemen doet anderen tekort; en u wilt langzamerhand ook aan de borrel. Daarom wil ik slechts een enkeling bij naam noemen. Deze leerstoel is in het leven geroepen door Pharos. Monica van Berkum, tot 1 januari van dit jaar directeur van Pharos, heeft zich met grote volhardendheid ingezet om deze leerstoel te realiseren. Zonder haar stond ik hier niet. Het college van bestuur van de Radboud Universiteit, raad van bestuur en decaan van het Radboudumc en het hoofd van de afdeling Eerstelijns geneeskunde Pim Assendelft, dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen.

Mijn kennis en wijsheid – voor zover daarvan sprake is – heb ik te danken aan mijn patiënten uit alle windstreken en sociale klassen, aan mijn studenten, mijn opleider en collega's in de huisartsenpraktijken in Noordwijk, Leiden, Nijmegen en in praktijk Buitenzorg, mijn collega's bij de universiteit en bij Pharos, en alle andere mensen die mij in de loop van mijn leven verrijkt hebben met hun ervaringen en inzichten. In het

bijzonder denk ik daarbij aan de onderzoekers uit Ierland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Griekenland, met wie ik in internationale projecten samenwerk en van wie ik ontzettend veel geleerd heb.

Speciaal wil ik de taalambassadeurs Rob en Jos danken, die mijn rede hebben bewerkt tot een begrijpelijk verhaal voor mensen die moeite hebben met lezen.

Ik heb gesproken over het belang van een positief zelfbeeld. Daaraan draagt sterk bij de wetenschap dat er mensen zijn die door dik en dun van je houden, ondanks je fouten en tekortkomingen. Ik ben vanaf mijn geboorte gezegend met zulke mensen om mij heen - in mijn ouderlijk gezin en familie, in mijn eigen gezin met mijn kinderen en kleinkinderen, in mijn vriendenkring en met mijn levensgezel.

*Maior autem est caritas* (de meeste van deze is de liefde).<sup>113</sup>

*Ik heb gezegd.*

#### REFERENTIES

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau. Via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71885ned&D1=o-4&D2=a&D3=o,14&D4=a&D5=o&D6=l&VW=T> 2016
2. Gerritsen, A.A.M., Devillé, W., Linden, F.A.H. van der, Bramsen, I., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E.J.M. & Ploeg, H.M. van der. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006; 150: 1983-1989.
3. Schellingerhout, R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: *Dourleijn, E. & Dagevos, J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland*. Den Haag: SCP. 2011.
4. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365: 1099-104
5. Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P. et al. For the LIFEPAth consortium Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet* 2017; 389: 1229-1237
6. Tobias, M. Social rank: a risk factor whose time has come? *The Lancet* 2017; 389: 1172-1174
7. Kulhánová, I., Hoffmann, R., Eikemo, T.A., Menielle, G., Mackenbach, J.P. Sociaal-economische verschillen in sterfte naar doodsoorzaak: eerste Nederlandse gegevens. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2014; 158: A8188 (online only)
8. Baal, P. van, Gheordhe, M. We leven langer, maar ook in goede gezondheid? Ongelijkheid in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensverwachting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2017; 161: D806
9. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005NED&D1=3-5&D2=a&D3=o&D4=l&VW=T> Diabetes naar opleiding. 2016
10. Boerdam A., Knoop, K. Bevolkingstrends: Astma en COPD in beeld. Centraal Bureau voor de Statistiek. Via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/19/bevolkingstrends-astma-en-copd-in-beeld>. 2016
11. Ujčić-Voortman, J. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Eur J Pub Health* 2009; 19: 511-515.
12. Bindraban, N.R., Valkengoed, I.G. van, Mairuhu, G., Holleman, F., Hoekstra, J.B., Michels, B.P., Koopmans,

- R.P., Stronks, K. Prevalence of diabetes mellitus and the performance of a risk score among Hindustani Surinamese, African Surinamese and ethnic Dutch: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health* 2008 Aug 1;8:271.
13. Beuningen, J. van, Witt, S. de. Eenzaamheid in Nederland. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/38/eenzaamheid-in-nederland>. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/38/eenzaamheid-in-nederland>. 2016
  14. Parlevliet, J.L., Uysal-Bozkir, O., Goudsmit, M. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016; dOI: 10.1002/gps.4417
  15. Kunst, A.E., Lamkaddem, M., Mackenbach, J.P., Rademakers, J., Devillé, W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/NIVEL. 2008
  16. Wit, M.A.S. de, Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.J., Gorissen, W.H.M., Schrier, A.C. et al. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(11):905-912
  17. Hjörleifsson, S. & Lea, K. Mismanagement in General Practice. In: Dowrick, C "Person centred primary care" Routledge London and New York 2018, p.42
  18. Kirkengen A.L. The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults. Zeta Books 2010, geciteerd in Hjörleifsson S & Lea K. Mismanagement in General Practice. In: Dowrick, C "Person centred primary care" Routledge London and New York 2018, p.48
  19. Agyemang, C., Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. Racism in health and health care in Europe: where does the Netherlands stand? *Eur J Public Health* 2007;17(3):240
  20. Muijsenbergh, M. van den, Wolffers, I., Oever, H. van den, Tjitra, J. Insluiting en uitsluiting van migranten in de gezondheidszorg. In: Wolffers I, Kwaak A van der, Beelen N van (red.). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Kennis, attitude en vaardigheden*. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2013; pp. 107-119
  21. Lamkaddem, M., Essink-Bot, M.L., Devillé, W., Foets, M., Stronks, K. Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. *Eur J Pub Health* 2012;22(4):473-478
  22. McEwen, B. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 1998;338(3): 171-9
  23. Ulvestad, E. Psychoneuroimmunology: the experiential dimension. *Methods Mol Biol* 2012, 934: 21-37 (geciteerd in: I. Heath Subjectivity of patients and doctors. In: Dowrick, C "Person centred primary care" Routledge London and New York 2018, p. 94)
  24. Pykkönen, A.J., Räikkönen, K., Tuomi, T., Eriksson, J.G., Groop, L., Isomaa, B. Stressful life events and the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2010; Feb 1;33(2):378-384
  25. Agyemang, C., Goosen, S., Anujuo, K., Ogedegbe, G. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2012;Oct;22(5):658-662
  26. Tomasdottrir, 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
  27. Rademaker, J. De actieve patiënt als utopie. Oratie Maastricht. 2016

28. Rademakers, J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL. 2014
29. Er zijn 2,5 miljoen laaggeletterden in Nederland. Stichting Lezen en Schrijven. Signalement feiten en cijfers. 2016
30. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37325/table?ts=1516977367963>  
CBS statline: bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond per 1 januari 2018 (geraadpleegd 26-1-2018) totale bevolking 17081507; 1<sup>e</sup> generatie migranten 2.001.175 (=11,7%)
31. Esch, T.E.M. van, Brabers, A.E.M., Dijk, C. van, .Groenewegen, P.P., Hing, J.D. Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Utrecht: Nivel. 2015
32. Elissen, A.M.J., Hertroijs, D.F.L., Schaper, N.C., Bosma, H., Dagnelie, P.C., Henry, R.M. et al. Differences in biopsychosocial profiles of diabetes patients by level of glycaemic control and health- related quality of life: The Maastricht Study. *PLoS ONE* 12(7): e0182053. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182053>. 2017
33. Oeffelen, L. van. Ethnic inequalities in cardiovascular disease: incidence, prognosis, and health care use PhD thesis, hoofdstuk 4. Utrecht University, The Netherlands. 2014
34. Lanting, L.C., Joung, I.M.A., Vogel, I., Bootsma, A.H., Lamberts, S.W.H., Mackenbach, J.P. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behaviour. *Patient Educ Couns* 2008;72:146-154
35. Aarts, M. *Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990*. Dissertatie Rotterdam. 2012
36. Mendenhall, E., Kohrt, B., Norris, S., Ndeti, D., Prabhakaran, D. Syndemics 2. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression and diabetes among low-income populations. *The Lancet* 2017; 398: 951-63
37. Clougherty, J., Levy, J., Kubzansky, L. et al. Synergistic effects of traffic-related air pollution and exposure to
38. Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., Mendenhall, E. Syndemics 1. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet* 2017;389: 941-50
39. Stichting Lezen & Schrijven. Feiten & Cijfers Geletterdheid 2016  
Overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en de opbrengsten van investeringen voor samenleving en individu.
40. Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A., Vartiainen, E. The North Karelia Project: 20-year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute. 1995
41. Barr, B., Higgerson, J., Whitehead, M. Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. *BMJ* 2017;358:j3310 doi: 10.1136/bmj.j3310 (Published 26 July 2017)
42. Mackenbach, J. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *J Epidemiol Community Health* 2011;65:568-575
43. <https://www.gezondin.nu/instrumenten> (geraadpleegd 27-1-2018)
44. <http://www.altogetherbetter.org.uk/> (geraadpleegd 27-1-2018)  
South, J., White, J. and Raine, G. Community health champions: Evidence summary. Leeds, Centre for Health Promotion Research, Leeds. Metropolitan University 2010
45. Mitchell, R. & Popham, F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet* 2008;372 (9650): 1655-60
46. Kringos, D., Boerma, W., Zee, J. van der, Groenewegen, P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.* 2013;Apr;32(4)686-694
47. O'Donnell, C.A., Burns, N., Mair, F., Dowrick, C., Clissmann, C., Muijsenbergh, M. van den, Weel-Baumg-

- arten. E. van, Lionis, C., Papadaki, M., Saridaki A, Brun, T. de, O'Reilly de Brun, M., MacFarlane, A. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 2016; (120): 495 - 508
48. Dresden, D. "Iedereen telt mee en heeft recht op zorg". Interview met Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg. *Huisarts en Wet* 2018;61(1):38-40
49. Eusman, J.P., Langen, P. van, Vroome, M.C.G. de. Recept voor hulpverlening. Een onderzoek naar de behoeften van bewoners van achterstandswijken ten aanzien van de huisartsenzorg op sociaal-maatschappelijk gebied. Amsterdam: AOF. 2011
50. Beenackers, M., Nusselder, W.J., Oude Groeniger, J., & Lenthe, F.J. van. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus MC Universitair Medisch Centrum. 2015
51. Vroege, N.H. Het woudschoten-Rapport. *Huisarts en Wet* 1966;9:372-85
52. NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde - generalistisch, persoonsgericht en continu. Utrecht: NHG. 2011
53. LHV,NHG. Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Utrecht. 2013
54. De Maeseneer J. *Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change*. Leuven, LannooCampus, 2017: pag.47 - 49
55. 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
56. Pickles WN. Epidemiology in Country-practice. London: The Devonshire Press (Ltd.) reissued, 1972. (Geciteerd in: De Maeseneer J. *Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change*. Leuven, LannooCampus, 2017: pag. 47)
57. De Maeseneer J. *Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change*. Leuven, LannooCampus, 2017. Voorbeeld Gezondheidscentrum Botermarkt, o.a. pag.29 - 31
58. Paes M. Wijkgezondheidswerk: een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den BoschOost. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2008.
59. Scherpbier - de Haan, N.S. Community of Practice. *Huisarts en Wet* 2017;60: 5946
60. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Heft in eigen hand. Den Haag 2017
61. Struijs, A. Omgaan met beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag 2017
62. Verghese, A. I carry your heart. *JAMA Cardiology* 2016, 1 (2):213. (geciteerd in: I. Heath Subjectivity of patients and doctors. In: Dowrick, C "Person centred primary care" Routledge London and New York 2018, p. 82)
63. Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice* 2000;49(9):796-804
64. Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., Godfried, M.H. and Haes, H.C. de. Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter? *Patient Education and Counseling* 2000; 653, 396-406

65. O'Brien, R., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G., Mercer, S. An 'endless struggle': a qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland. *Chronic illness* 2011;7(1):45-59
66. Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., Epstein, R.M.. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling* 2009;74(3):295-301
67. Mistiaen, P., Osch, M. van, Vliet, L. van, Howick, J., Bishop, F.L., Di Blasi, Z. et al. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European journal of pain* 2015;20(5): 675-688
68. Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* 2001;357(9258):757-62
69. Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., Pfaff, H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling* 2009;74(3):339-46
70. Jani, B., Bikker, A.P., Higgins, M., Fitzpatrick, B., Little, P., Watt, G.C. et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2012;62(601):e576-81
71. Rathert, C., Wyrwich, M.D., Boren, S.A.. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical care research and review: MCRR* 2013;70(4):351-79
72. Coulter, A.E.V.A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., Perera, R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2015
73. Derksen, F., Bensing, J., Lagro-Janssen, A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63(606):e76-84
74. Di Palma, J.A., Herrara, J.L.. The role of effective clinician-patient communication in the management of irritable bowel syndrome and chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 2012;46(9):748-51
75. Lundy, J.M., Bikker, A., Higgins, M., Watt, G.C., Little, P., Humphries, G.M., Mercer, S.W. General practitioners' patient-centredness and responses to patients' emotional cues and concerns: relationships with perceived empathy in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Journal of Compassionate Health Care* 2015; 2:2
76. Ware, N.C., Tugenberg, T., Dickey, B. Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2004;55(5):555-9
77. Dowrick, C. Patient, person, self in: Dowrick, C *"Person centred primary care"* Routledge London and New York 2018, p. 119 - 126
78. Kent, M., Rivers, C.T. & Wrenn, G. Goal-directed resilience in training (GRIT). *Behavioral science* 2015; 5 (2): 264 - 304
79. Tsenkova, V.K., Love, G.D., Singere, B.H., Ryff, C.D. Socioeconomic status and psychological well-being predict cross-time change in glycosylated hemoglobin in older women without diabetes. *Psychosomatic medicine* 2007; 69: 777-84
80. Swenson, S.L., Buell, S.S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C., Lo, B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med* 2004;19:1069-79

81. Groenenberg, I. Check'd?! Determinants of participation in a two-stage cardiometabolic screening among underserved groups. Thesis. Leiden University Medical Center dep. of Public Health and Primary care. 2017
82. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Den Haag. 2017
83. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De zorgagenda voor een gezonde samenleving. Den Haag. 2017
84. Starfield, B. Is patient-centered care the same as person-focuses Care? *The Permanent Journal* 2011;15 (2): 63-9
85. Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., Lamb, J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284(8):1021-7
86. O'Donnell, C.A., Mair, F.S., Dowrick, C., O'Reilly-de Brún, M., De Brún, T., Burns, N., Lionis, C., Saridaki, A., Papadakaki, M., Van den Muijsenbergh, M.E.T.C., Van Weel-Baumgarten, E., Gravenhorst, K., Cooper, L., Princz, C., Teunissen, E., Van den Driessen Mareeuw, F., Vlahadi, M., Spiegel, W. & MacFarlane, A. Supporting the use of theory in crosscountry health services research: a participatory qualitative approach using Normalisation Process Theory as an example. *BMJ Open* 2017; 7: 1 – 13.
87. Brun, T. de, O'Reilly-De Brún, M., Weel-Baumgarten, E. van, Burns, N., Dowrick, C., Lionis, C., O'Donnell, C., Mair, F.S., Papadaki, M., Saridaki, A., Spiegel, W., Weel, C. van, Muijsenbergh, M. van & MacFarlane, A. Using Participatory Learning & Action (PLA) research techniques for inter-stakeholder dialogue in primary healthcare: an analysis of stakeholders' experiences.: *Research Involvement and Engagement* 2017;3:28
88. O'Reilly-de Brún, M., Brún, T.de, O'Donnell, C.A., Papadakaki, M., Saridaki, A., Lionis, C., Burns, N., Dowrick, C., Gravenhorst, K., Spiegel, W., Weel, C. van, Weel Baumgarten, E. van, Muijsenbergh, M.E.T.C. van den & MacFarlane, A. 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* 2017;20(4), 1 - 12.
89. MacFarlane, A., O'Reilly -de Brún, M., Brún, T. de, Dowrick, C., O'Donnell, C., Mair, F., Spiegel, W., Muijsenbergh M. van den, Weel-Baumgarten, E. van, Lionis C, Clissmann, C. & on behalf of the RESTORE consortium. Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science-better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project. In: *European Journal of General Practice* 2014; 1-5
90. 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. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. In: *European Journal of Public Health* 2018; 82 - 87
91. Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., Weel-Baumgarten, E. van, Driessen Mareeuw, F. van den., Brún, T. de, Burns, N., Lionis, C., Mair, F.S., O'Donnell, C., O'Reilly-de Brún, M., Papadakaki, M., Saridaki, A., Spiegel, W., Weel, C. van, Muijsenbergh, M.E.T.C. van den & MacFarlane, A. Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *International Journal for Equity in Health*, 2017;16(32), 1 – 12.
92. O'Reilly-de Brún M., Brún T. de, Okonkwo E., Bonsenge-Bokanga, J.S., Almeida Silva, M.M. de, Ogbebor, F., Mierzejewska, A., Nnadi, L., Weel-Baumgarten E. van, Weel C. van, Muijsenbergh M. van den, MacFarlane, A. Using Participatory Learning & Action research to access and engage with 'hard to reach' migrants in primary healthcare research. In: *BMC Health Services Research* 2016;16:25 DOI 10.1186/s12913-015-1247-8

93. Simandan, D. Rethinking the health consequences of social class and social mobility. *Social Science & Medicine*. In Press. 2018
94. Muijsenbergh M., van den, Teunissen, E., Weel-Baumgarten E. van, Weel C, van. "Giving voice to the voiceless." How to involve vulnerable Migrants in Healthcare Research." *Br J Gen Pract*. 2016; 284-5
95. Dijck van and Saarloos van. *The Dutch Polder Model in science and research*. Amsterdam: KNAW. 2017
96. Naar Matheus 25:34 – 40 (Nieuwe Testament Statenvertaling)  
 "Alsdan zal de Koning zeggen tot degenen, die tot Zijn rechter hand zijn: Komt, gij gezegenden Mijns Vaders! beërfcht dat Koninkrijk, hetwelk u bereid is van de grondlegging der wereld.  
 Want Ik ben hongerig geweest, en gij hebt Mij te eten gegeven; Ik ben dorstig geweest, en gij hebt Mij te drinken gegeven; Ik was een vreemdeling, en gij hebt Mij geherbergd.  
 Ik was naakt, en gij hebt Mij gekleed; Ik ben krank geweest, en gij hebt Mij bezocht; Ik was in de gevangenis, en gij zijt tot Mij gekomen.  
 Dan zullen de rechtvaardigen Hem antwoorden, zeggende: Heere! wanneer hebben wij U hongerig gezien, en gespijzigd, of dorstig, en te drinken gegeven?  
 En wanneer hebben wij U een vreemdeling gezien, en geherbergd, of naakt en gekleed?  
 En wanneer hebben wij U krank gezien, of in de gevangenis, en zijn tot U gekomen?  
 En de Koning zal antwoorden en tot hen zeggen: Voorwaar zeg Ik u: Voor zoveel gij dit een van deze Mijn minste broeders gedaan hebt, zo hebt gij dat Mij gedaan."
97. Termeulen, R. *Solidarity and justice in Health and Social Care*. Cambridge University Press. 2017
98. Buber, M. Ik en Jij. Oorspronkelijke titel Ich und Du (1923) uit het Duits vertaald door Marianne Storm. Utrecht: Erven J. Bijleveld. 1998
99. Kapuściński R. *De ander, essays van de reporter van de eeuw*. Vertaald door Ewa van den Bergen-Makala. De arbeiderspers Amsterdam-Antwerpen , 2<sup>e</sup> druk 2009.p.42-43
100. Kaspers, T. *Proeven van goed samenleven*. Inleiding in het katholiek sociaal denken. Den Bosch: Adveniat / Baarn: VKMO. 2012
101. Guevara, E. El socialismo y el hombre nuevo. In: *Marcha*, 12 maart 1965 (geraadpleegd on line op 11 februari 2018 in Archivo Che Guevara, <https://www.marxists.org/espanol/guevara/65-socyh.htm>
102. College van de Rechten van de mens. In de zorg. Wat speelt in Nederland? [webpagina]. [www.mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-u/de-zorg](http://www.mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-u/de-zorg) (geraadpleegd 27-1-2018)
103. Willen, S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C., Davidovitch, N. Syndemic vulnerability and the right to health. *The Lancet* 2017; (389): 964-977
104. De Volkskrant 13 april 2016: "'Onacceptabele' ongelijkheid: opleiding ouders steeds bepalender voor schoolsucces"
105. Vrooman, C., Gijsberts, M., Boelhouwer, J. Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel rapport 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2014
106. Achbari, W., Leerkes, A. Van perceptie naar feit. Asielzoekers en buurtcriminaliteit. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. 2017 Cahier 2017-16.
107. Trouw 25-1-2018 p.7 "Zorgtoeslag kan simpeler geregeld"
108. Minister de Jonge. Brief aan de Tweede Kamer. Pact Ouderenzorg, 7 december 2017
109. Trouw 23 januari 2018 pagina 1 "Gezondheidsraad wil striktere regels voor schone lucht"

110. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2017: Zorg die verschil maakt. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/beleidsagenda-vws> (Geraadpleegd 27 -1-2018)
111. NRC 15-12-2017 p.11 "Vol schaamte aan de balie. De belastingdienst wil ook mensen die laaggeletterd zijn goed kunnen helpen. Met meer begrip voor hun gevoelens."
112. NRC 31-1-2018 p.3 "Manager woont naast ex-dakloze".
113. 1 Korintiërs 13:13 Nieuwe Testament (statenvertaling): "En nu blijft geloof, hoop en liefde, deze drie; doch de meeste van deze is de liefde."





**Verschil moet er zijn!**



# **Verschil moet er zijn!**

*Toespraak (oratie) Maria van den Muijsenbergh,  
hoogleraar persoonlijke zorg voor mensen die veel  
problemen hebben.*

*Radboud Universiteit/Radboudumc  
vrijdag 9 maart 2018*

© Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh,  
Nijmegen, 2018

De tekst is getest door Jos Niels en Rob Weijers  
(taalambassadeurs van Stichting ABC) en  
geschreven door Thea Duijnhoven (adviseur bij  
Pharos).



Beste lezer,

Mijn naam is Maria, en ik werk al 34 jaar als huisarts in Nijmegen. Ik hoor veel verhalen van de mensen in mijn praktijk. Zij vertellen mij waarom het niet altijd lukt om gezond te leven.

De universiteit van Nijmegen heeft mij gevraagd als hoogleraar. Wat is een hoogleraar? Dat is een professor die les geeft op de universiteit en die een speciaal onderwerp heel belangrijk vindt.

Ik vind het onderwerp persoonlijke zorg voor mensen die veel problemen hebben belangrijk. In deze toespraak leg ik uit waarom dit onderwerp belangrijk is en wat ik ga doen.

## **1. Verschillen in gezondheid**

Sommige groepen mensen zijn vaker ziek dan andere groepen. Bijvoorbeeld arme mensen zijn eerder ziek dan rijke mensen. En mensen die niet naar school zijn geweest zijn eerder ziek dan mensen die aan de universiteit gestudeerd hebben.

En vluchtelingen zijn eerder ziek dan mensen die niet hoeven te vluchten. Die verschillen tussen groepen mensen noemen we gezondheidsverschillen.

Die verschillen vind ik niet eerlijk en die hoeven er niet te zijn. Daar wil ik iets aan doen.

Het gaat om verschillende ziektes, zoals suikerziekte, hartziektes, depressie of kanker.

Ik ben huisarts en ik weet dat het niet altijd makkelijk is om gezond te leven. Medicijnen zijn duur en gezond eten ook. De mensen die bij mij komen hebben soms een moeilijk leven.

Of ze schamen zich als ze iets niet begrijpen.

Een belangrijke reden dat mensen ziek worden is spanning (stress). Veel mensen hebben spanning. Ze hebben schulden, zijn eenzaam of hebben moeite met lezen en schrijven.

Als je te lang spanning hebt, heb je weinig kracht meer in je lichaam en word je ziek. En ongezonde dingen, zoals snoepen of lang in bed liggen, zijn dan fijn.

Mensen met veel problemen hebben soms weinig zelfvertrouwen. Dan word je ook eerder ziek. En dan denk je dat het toch niet lukt om gezonder te leven. Om bijvoorbeeld te stoppen met roken.

## **2. Wat gaat er mis?**

In de zorg in Nederland gaan veel dingen mis. Niet iedereen weet waar je naartoe moet met vragen.

In folders staan veel moeilijke woorden. En het is niet altijd duidelijk wat je zelf kunt doen.

Dokters weten niet goed wat mensen nodig hebben. Dokters hebben weinig tijd. Ze gebruiken moeilijke woorden. Ze vragen niet altijd naar de echte problemen. En ze werken niet altijd goed samen met andere mensen die in de zorg werken. Of met organisaties die mensen kunnen helpen bij bijvoorbeeld schulden.

### 3. Het moet anders

Sommige dingen kan **de regering** doen:

- gezond eten goedkoper maken;
- zorgen dat meer mensen verder kunnen leren;
- en dat iedereen goede zorg kan betalen.

Andere dingen kan **de gemeente** doen:

- goede cursussen om te leren lezen en schrijven;
- hulp geven, ook per telefoon, bijvoorbeeld als je schulden hebt;
- meer parken en groen in de buurt.

Huisartsen, apothekers en andere mensen die in de zorg werken kunnen ook veel doen.

### Ik heb 5 belangrijke tips voor de huisartsen:

#### Tip 1: **werk goed samen**

Ik vind het belangrijk dat huisartsen, apothekers en andere mensen in de zorg goed samenwerken. Samenwerken met elkaar, maar ook met de mensen die bij hen komen. Huisartsen moeten weten hoe iemand gezond kan leven. Mensen komen graag bij hun huisarts en luisteren naar de huisarts. De huisarts moet ook goed luisteren. Zo kan iemand de hulp krijgen die hij of zij verdient.

**Tip 2: stel vragen en luister goed**

Als huisarts is het goed om te vragen naar alle problemen die mensen hebben. Ik vraag ook naar andere dingen. Als iemand bijvoorbeeld buikpijn heeft, dan vraag ik ook waar iemand zich zorgen over maakt.

**Tip 3: gebruik eenvoudige taal**

Ik probeer altijd in eenvoudige taal te spreken. Ik kijk of mijn uitleg duidelijk is. Ik vraag of iemand mijn uitleg in eigen woorden herhaalt, dan weet ik zeker dat we over hetzelfde praten.

**Tip 4: ken de buurt**

Het is voor mensen fijn om te weten waar je hulp kan krijgen. Bijvoorbeeld waar je goedkoop kan sporten in de buurt, of waar je hulp kan krijgen voor schulden. De huisarts kan adressen geven van deze hulp.

**Tip 5: wees positief**

Ik praat altijd met iemand over wat hij of zij zelf kan doen. Ik kijk ook hoe hij of zij meer zelfvertrouwen kan krijgen. Door hierover te praten weten mensen goed wat zij zelf kunnen doen. Zij kunnen vaak meer dan zij zelf denken.

#### **4. Wat ga ik doen?**

Nu ik hoogleraar ben ga ik onderzoek doen.

Ik ga kijken hoe we mensen met problemen kunnen helpen om gezonder te worden. En wat zij zelf kunnen doen.

Ik ga onderzoeken hoe iedereen in de zorg beter kan samenwerken. En ik doe dat samen met de mensen die zo veel problemen hebben. Zij weten het beste wat er moet veranderen. Ik ken leuke manieren om dat te doen.

Ik ben nu ook leraar van studenten die huisarts willen worden. Ik ga die studenten 4 dingen leren. Ik ga ze leren te ontdekken:

1. welke problemen mensen hebben;
2. hoe het is om moeite te hebben met lezen en schrijven;
3. hoe het is om uit een ander land hier te komen;
4. wat mensen zelf kunnen doen.

Hierdoor leren de studenten om veel te vragen. Ze leren hoe ze iets eenvoudig kunnen uitleggen. Ze leren hoe ze samen met mensen keuzes kunnen maken.

## **5. Waarom ga ik dit doen?**

- Omdat iedereen recht heeft op goede zorg.
- Omdat juist mensen die het moeilijk hebben goede zorg en hulp nodig hebben.
- Omdat we allemaal hetzelfde zijn, maar soms wel andere hulp of zorg nodig hebben.
- Omdat ik het belangrijk vind dat we goed voor elkaar zorgen.

