



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Strijd voor gezondheid

Vos, H.

Citation

Vos, H. (2025). *Strijd voor gezondheid*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4284692>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4284692>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Hedwig Vos

Strijd voor gezondheid



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Strijd voor gezondheid

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Hedwig Vos

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Huisartsgeneeskunde

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 21 november 2025



Universiteit
Leiden

Mevrouw de rector magnificus, geachte raad van bestuur van het LUMC, geachte collega's, lieve familie en vrienden,

Strijd voor gezondheid is de titel van mijn oratie waarmee ik de leerstoel huisartsgeneeskunde in het LUMC zal aanvaarden.

We leven in een ongelijke wereld, iets wat altijd zo is geweest. Dat geldt ook voor gezondheid. In Nederland hebben een op het eerste gezicht toegankelijk zorgsysteem dat gelijkheid nastreeft. De zorg is nog nooit zo rechtvaardig geweest. Maar niet voor iedereen. De gezondheidsverschillen tussen arm en rijk zijn groot, en worden steeds groter.¹

In de komende 45 minuten wil ik u meenemen in waarom ik deze titel voor mijn oratie gekozen heb. Waarom ik strijd voor gezondheid. Ik nodig u uit om anders te kijken naar wat we 'gelijke' of 'rechtvaardige' zorg noemen. Want in de praktijk worden groepen uitgesloten, zowel patiënten als artsen. Ik laat zien wie deze groepen zijn, waarom ze worden buitengesloten, wat de gevolgen zijn, en vooral: wat we daaraan kunnen doen. Als arts, als onderzoeker, als opleiding, als mens.

De strijd voor gezondheid gaat over wie we zien, wie we horen, en wie te vaak onzichtbaar blijven. Mijn woorden zullen soms schuren. Ik wil samen werken met elkaar aan een steeds betere gezondheid van mensen, samen gezondheidsverschillen verkleinen, met verbindend en inclusief leiderschap, passend binnen de LUMC-strategie: *Door gezondheid gedreven*.

Aan het eind van deze oratie hoop ik dat u de volgende drie boodschappen meeneemt:

De eerste boodschap is: de toegang tot zorg is niet gelijk verdeeld. Als tweede: hierdoor worden gezondheidsverschillen vergroot. En mijn laatste boodschap: door onze vooroordelen te herkennen **en** erkennen kunnen we verschil maken. Voor gezondheid.

Ik begin met vertellen waarom ik voor de titel *strijd voor gezondheid*, en het onderwerp gezondheidsverschillen, gekozen heb. Hiervoor ga ik naar mijn roots. Ik ga naar mijn vader.

Mijn vader groeide als jongste van 10 kinderen op in verreweg het armste deel van Nederland, het dorp Alteveer in Oost-Groningen. Hij groeide op in een arbeidersgezin met een voortdurend gebrek aan geld. Kind na kind kwam en ramp na ramp voltrok zich in het gezin. Ondanks dat zijn cijfers voldoende waren voor de HBS, de Hogere Burger School, ging hij toch naar de Mulo. De HBS was sociaal te ver weg. Hij deed het goed op de Mulo en ging alsnog naar de HBS. Maar hij voelde zich er niet thuis, zijn klasgenoten waren hogere burgers waar hij tegenop keek. Hij had weinig aansluiting en voelde zich minderwaardig.

Voor zijn ouders, mijn grootouders, was dit sociale stijgen maar gek. Zij begrepen het niet heel erg. Ook mijn tante, hier aanwezig, liep daar tegenaan. Zoals velen uit zijn omgeving ging hij bij Philips werken. Daar kreeg hij de kans om de opleiding tot registeraccountant te volgen. Dit was voor hem dé kans om een academische opleiding te doen. Mijn vader is dus een sociale stijger, in een familie waarin een meester in de rechter, een verre neef van een tante, gelijk stond aan een BN-er.

Iedereen draagt zijn eigen verhaal, zijn eigen strijd, en meestal weten we dat helemaal niet van elkaar. En uiteindelijk heeft mijn vader een indrukwekkende carrière gehad.

Ook mijn moeder leverde een strijd. Want ook voor haar was er toen ze jong was weinig stimulans om te studeren, zoals dat toen ging met meisjes. Mijn moeder begon pas na de geboorte van mijn jongste zusje aan een studie. Dat vond ik als puber maar raar, beïnvloed door hoe generaties lang naar vrouwen gekeken werd. Gedachten waar ik nu met spijt en schaamte aan terugdenk. En gelukkig liet ze zich hier niet door weerhouden. Dat was toen. Nu ben ik alleen maar trots.

Ik vertel over mijn vaders afkomst en strijd, omdat ons gezin geluk heeft gehad. Als mijn vader, en later mijn moeder, de kans om te studeren niet had gekregen, waren we misschien opgegroeid in een milieu waar het leven ongezonder is. Dan hadden we minder kansen gehad. Misschien had ik dan zelf te maken gehad met ziekte, in plaats van hier te spreken over gezondheid. Want mensen met een lagere sociaaleconomische positie worden tot 25 jaar eerder ziek.²

En ik vertel dit verhaal omdat achtergrond bepaalt wat je denkt dat mogelijk is. Voor mijn vader was de HBS sociaal al te ver weg, laat staan studeren. En ook ik werd bijna geen arts. Studeren was geen vanzelfsprekendheid, niemand in mijn omgeving kon me uitleggen wat naar de universiteit gaan inhield. Alleen door hoge cijfers kwam het binnen bereik. En nog twijfelde ik, ik had geen zin in nog zes jaar extra school.

Ook nu nog vallen mensen af voordat ze gaan studeren, of tijdens de studie. Vooral mensen met een ander perspectief, door gender, klasse, afkomst of overtuiging.^{3,4} Wie arts wordt, hangt vaak meer af van je netwerk dan van wat je kunt. Veel artsen hebben rijke ouders die zelf ook arts zijn.^{5,6} Dat 'cloning'-effect, kiezen voor wie op je lijkt, zorgt voor minder diversiteit. En dat leidt tot blinde vlekken, en uiteindelijk tot gezondheidsverschillen.

Niet alleen een weinig diverse instroom van artsen heeft effect op de zorg. Ook de hoge werkdruk maakt dat zorgverleners afhaken, vaak omdat ze niet meer kunnen werken volgens hun waarden. Morele stress.

Sommigen richten zich alleen op diagnostiek en adviezen voor gezonde mensen die zich ongerust maken over hun gezondheid. Anderen werken zonder contract met zorgverzekeraars, en zijn daarmee alleen toegankelijk zijn voor degenen die dit kunnen betalen. Gedreven door idealen, maar met onbedoelde gevolgen: continuïteit van zorg verdwijnt en zorg wordt minder ontogankelijk. Vooral voor wie het het hardst nodig heeft.⁷

Het verhaal van mijn ouders is groter dan alleen mijn persoonlijke geschiedenis. Het staat symbool voor hoe maatschappelijke kansen en verschillen in gezondheid met elkaar verweven zijn. Dat het meer met geluk te maken heeft dan met eigen verantwoordelijkheid. En hoe het uitmaakt waar je wieg staat, voor je opleiding, je gezondheid, en je toekomst.

En precies daar ligt ook onze verantwoordelijkheid als huisarts, want hoe toegewijd we ook werken, we maken deel uit van datzelfde systeem van kansen en verschillen. Hiermee wil ik graag de brug slaan naar de zorg, naar de huisarts.

Als huisarts denken we vaak dat we weten hoe het moet. We zijn opgeleid met kennis, protocollen, richtlijnen en ervaring, met een scherp pluis niet-pluis gevoel. We zijn laagdrempelig beschikbaar voor iedereen en gewend om onzekerheid te verdragen. We leveren 'gelijke' en 'rechtvaardige' zorg. Maar wat als juist de overtuiging dat we gelijke en rechtvaardige zorg leveren, ons blind maakt voor wat we missen, of blind maakt voor wie wij niet zien?⁸ Krijgt iedereen van de huisarts gelijke kansen op gezondheid?

Onze gezondheidszorg is gebouwd op waarden als gelijkheid en toegankelijkheid, op rechtvaardigheid. Rechtvaardigheid is, net als vrijheid, een wat we noemen 'ondeelbaar' begrip: niemand is vrij tot iedereen vrij is.⁹ Er is geen rechtvaardigheid totdat het rechtvaardig is voor iedereen.¹⁰

Om de waarden gelijkheid en toegankelijkheid te waarborgen is ons zorgsysteem gestandaardiseerd. En daarmee gestroomlijnd, bureaucratisch, productie gedreven, ingericht op gemiddelden en efficiëntie. Het zorgsysteem heeft normen over wie telt, wie spreekt, en wie gehoord wordt.

Het is geen neutrale macht, maar een netwerk van mensen en belangen, dat, vaak onbedoeld, ongelijkheid in stand houdt. Onder elk systeem, elk stelsel, zitten altijd mechanismen van macht, privilege en diepgewortelde vermeende rechten. Terwijl we erop vertrouwen dat het zorgsysteem, waar we vaak zo trots op zijn, de ongelijkheid juist vermindert.¹¹

De druk van het zorgsysteem op zorgverleners werkt door op de gezondheid van patiënten, want zorg is niet, of niet voor iedereen, beschikbaar. Werkdruk maakt dat we sneller, strakker, minder luisteren. Het zorgsysteem sluit mensen uit. Financiering en regelgeving die niet meebewegen met wie meer zorg nodig heeft versterken die uitsluiting. Niet opzettelijk, maar wel structureel. Huisartsen en andere zorgverleners doen mee aan die uitsluiting, vaak onbewust. Ik noem hier voorbeelden van.

We zien het bij de PrEP (Pre-ExpositieProfylaxe), dat is medicatie om een HIV-besmetting te voorkomen bij mannen die seks hebben met mannen. GGDs krijgen onvoldoende middelen. Hierdoor is PrEP onvoldoende beschikbaar. Een van de redenen waarom het aantal HIV-besmettingen weer toeneemt, werd recent bekend.¹² Mannen kloppen bij de huisarts aan, maar vaak tevergeefs. We zien het bij abortuszorg in de eerste lijn, want huisartsen mogen vanaf januari dit jaar de abortuspil voorschrijven. Maar slechts een minderheid doet dat. En als huisartsen al bereid zijn, is scholing en een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd verplicht, want abortus staat anno 2025 nog steeds in het wetboek van strafrecht. We zien het bij transgenderzorg. Wachttijden zijn inmiddels meerdere jaren omdat meer mensen zorg nodig hebben dan dat er behandelplekken zijn. De handreiking voor huisartsen over genderbevestigende hormoonbehandelingen stuit op groot verzet bij huisartsen. We zien het bij mensen met obesitas voor wie de behandeling van hun klachten vaak wordt uitgesteld omdat ze eerst af moeten vallen. Maar om af te vallen moet je in je hoofd ruimte hebben voor leefstijl, of genoeg geld hebben om dure medicatie te kopen. En we zien het bij de geboortezorg voor asielzoekers, die inmiddels een onacceptabel niveau heeft bereikt met een hogere babysterfte rondom de geboorte doordat de zorg niet goed op gang komt, er veelvuldige overplaatsingen zijn en door taalproblemen soms behandelingen plaatsvinden die meer schade doen dan nodig.¹³

Het treft telkens mensen met overlappende kwetsbaarheden: een migratieachtergrond, zwangerschap, vrouw zijn,

LHBTQI+, overgewicht. Dit zijn geen incidenten, het zijn structurele ongelijkheden en discriminatie,¹⁴ ingebakken in hoe we de zorg organiseren en financieren. Daar waar het schuurt, komt het systeem tekort, en de huisarts komt klem te zitten. En maakt keuzes.

Er zijn nog veel meer groepen mensen die in de knel komen, meer ziektes of aandoeningen die we als zorgsysteem nog onvoldoende herkennen of erkennen, zoals endometriose, de overgang, ADHD en autisme bij vrouwen, vitamine B12-gebrek, post-COVID en andere ziektes na een infectie. Vaak zijn dit ziekten met ongrijpbare klachten en onvoldoende kennis, waardoor patiënten moeten strijden voor erkenning. Die strijd is uitputtend, vaak ook vanwege de aard van de ziekte, en soms is de strijd zelf zelfs ziekmakend.¹⁵ Deze mensen moet strijden vóór erkenning, tegen het stigma, vóór het recht op een uitkering. Omdat de ene ziekte blijkbaar meer waard is, of 'echter' is dan de andere.

Zij voeren een strijd voor gezondheid. Want patiënten komen in verzet. Niet uit rebellie, maar uit radeloosheid organiseren patiënten zichzelf, delen ze informatie, zoeken ze steun, vaak online. Maar dit roept bij artsen vaak defensieve reacties op. We voelen ons aangevallen. En dan verliezen we de verbinding, zeker als het om minderheidsgroepen gaat.

De ongelijkheid in de zorg is niet alleen structureel, maar ook genormaliseerd. We vinden ons zorgsysteem toegankelijk, terwijl we weten dat kwetsbare groepen stelselmatig buiten de boot vallen. Het is geen toeval. Het zijn géén incidenten dat juist deze groepen worden geraakt door een bekostigingssysteem dat barrières opwerpt. Het is systemisch. En vaak zijn de reacties van zorgverleners, beleidsmakers en politici moraliserend en controlerend. Of voor sommige politieke partijen als het om abortuszorg of zorg voor ongedocumenteerde mensen gaat, zelfs criminaliserend.

In het volgende deel van mijn oratie wil ik graag dieper ingaan op waarom de toegang, en daarmee de zorg voor bepaalde

groepen in de zorg minder goed is. En daarna ga ik in op de gevolgen hiervan.

Ik zie in ons zorgsysteem drie lagen van achterstelling die kwetsbare groepen raken, en die dus de toegang tot zorg verminderen. De eerste laag is de zichtbare laag, het systeem van bekostiging en organisatie van zorg. Het lijkt logisch de zorg voor bepaalde groepen en bepaalde ziektebeelden te weigeren. Er wordt niet voor betaald, of het is te complex en kost te veel tijd. Die voorbeelden heb ik net benoemd. Voorbeelden over abortuszorg, mensen met een LHBTQI+ achtergrond, mensen met obesitas. Maar ook in de geestelijke gezondheidszorg speelt dit. Bekostiging, tijdgebrek en regels sturen keuzes.

In de tweede laag zit onze kennis, hier wordt het al een stuk minder zichtbaar. Maar dit wordt wel steeds vaker benoemd tegenwoordig. Door hardnekkige aannames en blinde vlekken weten we simpelweg minder over bepaalde groepen. Veel onderzoek is gedaan op jonge, witte, gezonde mannen, niet op ouderen, mensen van kleur of vrouwen, laat staan mensen die non-binair zijn. En onze richtlijnen zijn voor een groot deel gebaseerd op studies waar de patiënten die wij zien in de spreekkamer niet geïncludeerd zijn: kwetsbare patiënten met meerdere ziektes tegelijkertijd, mensen met diverse culturele achtergronden, vrouwen.^{16,17,18} Het probleem is dan vooral herkenning. En dat wordt versterkt vanwege een gebrek aan diversiteit onder artsen.

Maar ik had het eerder over het gebrek aan erkenning en het stigma van bepaalde aandoeningen. En dat raakt aan de derde, de meest pijnlijke laag: de onbewuste mechanismen en structurele ongelijkheden in ons systeem waarin wij als arts worden opgeleid en werken, zoals die rond afkomst, gender en sociaal-economische positie. Een laag die natuurlijk aan de basis ligt van die andere twee lagen. Ons systeem waarin het acceptabel lijkt dat sommige mensen minder rechten hebben. Waarin

patiënten die hun stem laten horen worden weggezet als lastig. Waarin we patiënten niet horen, niet geloven. Waarin artsen denken het beter te weten. En zich defensief gaan gedragen.

Dit zagen we bijvoorbeeld bij de discussie rondom pijnstilling bij het plaatsen van spiralen. In haar column: *Als pijn geen taal krijgt* schrijft Hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde Martine de Vries hier over.¹⁹ De defensieve reactie van huisartsen jegens vrouwen die klaagden over een gebrek aan pijnstilling bij een spiraalplaatsing omschrijft zij als een klassiek voorbeeld van epistemische onrechtvaardigheid: het negeren van kennis en ervaring, in dit geval van vrouwen. Omdat hun pijn minder vaak geloofd wordt, of omdat er simpelweg geen taal is om het te benoemen. Ze geeft aan dat de ervaringen van vrouwen lang onderbelicht zijn gebleven, waardoor ze ook minder onderzocht en bediscussieerd werden. Pijn bij gynaecologische ingrepen is lang verzwegen, uit schaamte of omdat 'het erbij hoort'.

Ik gaf eerder al aan: het zorgsysteem is niet neutraal. Het heeft normen over wie telt, wie spreekt, en wie gehoord wordt. En dat zijn vrouwen, zeker vrouwen van kleur,^{20,21} nog altijd veel te weinig. Omdat de woorden er niet voor bestaan. Omdat pijn er nou eenmaal bij hoort. Als vrouw.

In haar boek *Baas in eigen buik* gaat filosoof en verloskundige Rodante van der Waal verder op dit punt.¹⁰ Ze laat duidelijk zien hoe reproductieve rechtvaardigheid steeds meer onder druk staat. Abortus wordt vaak verboden onder het mom van 'leven beschermen'. Maar zodra het embryo rechten krijgt, verliest de zwangere vrouw die van haar. En begrijp me goed, je kunt zielsveel houden van dat klompje cellen als een zwangerschap gewenst is. Maar dit gaat niet alleen om het lichaam, het gaat om het recht om als volwaardige burger mee te tellen, zoals Trudy Dehue in haar boek *Ei, foetus, baby* schrijft.²² Het draait erom wie geloofd wordt, wie gehoord wordt, en wie er werkelijk toe doet.

Vrouwen zijn anno 2025 nog steeds niet de baas in hun eigen buik. Ze worden geacht zorgvuldig om te gaan met anticonceptie, en wantrouwen óf ze dat wel kunnen leidt tot betuttelende moties zoals het ‘pil-stopgesprek’, dit jaar aangenomen in de Tweede Kamer. En dat, terwijl een motie om de pil in het basispakket op te nemen werd verworpen. Ook dat is moralisering, en controle, van vruchtbaarheid.

En ik geef eerlijk toe: ook ik had een oordeel over vrouwen die overstapten op natuurlijke anticonceptie. Tot ik me goed inlas en me realiseerde dat dit, mits goed toegepast, een effectieve methode kan zijn.^{23,24} En vooral: dat dit hún keuze is. “We moeten af van het onderscheid tussen anticonceptie en abortus”, zoals gynaecoloog Gunilla Kleiverda terecht zegt.²⁵ Óf en wanneer een vrouw maatregelen neemt om niet zwanger te worden of te zijn, is niet aan ons als arts, maar aan haar.

Mensen zijn niet alleen vrouw of oud of zwart of dik of arm of queer. Ze zijn al die dingen tegelijk, en die overlappende kwetsbaarheden doen ertoe, zeker in de zorg. Als we geen rekening houden met sociale context, koloniale geschiedenis, taal en macht blijven zonder die lens mensen onzichtbaar in ons systeem, ook al zitten ze letterlijk tegenover ons in de spreekkamer.²⁶ Patiënten met een migratieachtergrond of lagere sociaal-economische positie voelen zich namelijk aantoonbaar minder serieus genomen door hun arts.²⁷

We hebben als zorgverleners vaak een mening over het gedrag van onze patiënten. En dat past in die derde, pijnlijke laag. Mannen die seks hebben met mannen en risico lopen op HIV. Vinden we iets van. Mensen met een verslaving die toch blijven roken of drinken. Preventie van middelengebruik is blijkbaar betutteling, met het gevolg dat ik voor basisschool groepen 6 sta om te vertellen over Vapen, en zelfs dat is voor sommige kinderen te laat. Mensen die opkomen voor erkenning van hun aandoening. Vinden we lastig, vooral als we die aandoening niet goed snappen. Overgewicht: val eerst maar eens af, dan kijken we verder. En zo kan ik nog wel even doorgaan.

En zo ontstaat een paradox: de huisartsgeneeskunde wil inclusief zijn, maar sluit toch mensen uit. Niet door onwil, maar door een zorgsysteem vol imperfecties. En omdat keuzes élders ontbreken, belanden kwetsbare groepen vaak bij de huisarts. Eerder noemde ik drie lagen van uitsluiting: wachttijden en financiële drempels, een gebrek aan kennis over wie afwijkt van de ‘norm’, en een diepere laag van maatschappelijke ongelijkheid. Bepaalde stemmen worden niet gehoord, omdat de woorden er niet voor zijn, door vooroordelen of simpelweg omdat niemand luistert. Door het feit dat iederéén een bias heeft met als gevolg dat onbewust bepaalde groepen vanwege vooroordelen nóg minder toegang hebben tot zorg. En zo komen juist de mensen die nergens anders terecht kunnen, uiteindelijk bij de huisarts. Of nergens.

Deze oratie probeert die spanning te benoemen. Om haar zichtbaar te maken, te begrijpen, en als vertrekpunt te nemen voor rechtvaardige zorg voor iedereen. Uitsluiting gebeurt niet door kwade wil, maar door blinde vlekken, vooroordelen en een gebrek aan diversiteit onder artsen. Geen enkele huisarts wil iemand buitensluiten. Strijden tegen uitsluiting vraagt meer dan individuele inzet. We moeten anders kijken, luisteren en handelen. Maar eerst nóg beter begrijpen wat uitsluiting doet. Waar beginnen we?

We beginnen bij de vrouw. Niet alleen omdat ik daar al voorbeelden van heb gegeven, maar ook omdat iedereen die mij kent weet dat ik iets met vrouwengezondheid heb. En dat geeft me meteen de kans om iets te zeggen over de onderzoeken die ik doe en wil gaan doen.

Wat bijzonder is aan je inzetten voor vrouwengezondheid trouwens, is dat als je na jaren dingen zeggen over vrouwen een keer iets over mannen zegt in een landelijk dagblad, zoals over de mannengriep, dat je dan als wetenschapper meteen viral gaat en op drie nationale radiozenders te horen bent, mannelijke DJs huwelijksaanzoeken doen, en je een cartoon krijgt in

het Leids Dagblad. En even voor alle mannen hier: het bestaat, de mannengriep! Maar het verklaart niet alles...

8 Terug naar de vrouw. In haar boek *De Gezondheidskloof* laat hoogleraar cardiologie Angela Maas onverbloemd zien hoe vrouwen structureel worden benadeeld in de gezondheidszorg.²⁸ Ze werden jarenlang uitgesloten van onderzoek, hun klachten worden minder serieus genomen en de mannelijke standaard leidt tot gemiste diagnoses en foute behandelingen. Dit geldt nog sterker voor vrouwen met een lage sociaaleconomische status of migratieachtergrond. Klachten van vrouwen worden sneller gepsychologiseerd.^{19,29} Symptomen van hart- en vaatziekten worden bij vrouwen niet altijd herkend, want “atypisch”, voor een man dan.³⁰ Bij vrouwen wordt minder vaak diagnostiek verricht dan bij mannen.³¹ De overgang wordt in het curriculum nauwelijks besproken, laat staan in de spreekkamer erkend in haar volle breedte: naast opvliegers ook vermoeidheid, brain fog, gewrichtsklachten.²⁹ Klachten als menstruatiepijn, incontinentie, opvliegers. Je gaat er niet dood aan, maar allemaal taboe onderwerpen die een enorme impact hebben op de ervaren gezondheid, maar ook op de mogelijkheden om te werken en om carrière te maken. Deze kritiek sluit aan bij het werk van mijn promotor, hoogleraar Toine Lagro-Janssen. Zij strijd al decennia voor gendersensitieve geneeskunde en laat zien dat sekse en gender niet alleen over biologie gaan, maar ook invloed hebben op hoe klachten worden geuit, begrepen en behandeld.^{32,33} Haar onderzoek in de huisartsgeneeskunde laat zien hoe blinde vlekken leiden tot ongelijkheid in diagnose, behandeling en bejegening. Die oproep klinkt nog steeds, recent ook in het NTVG: maak gendersensitiviteit een maatstaf voor kwaliteit en rechtvaardigheid.³⁴

Eerder benoemde ik hoe pijn bij vrouwen vaak onzichtbaar blijft, omdat ze niet serieus genomen worden.¹⁹ Steeds meer vrouwen herkennen zich in wat inmiddels ‘medische gasligting’ wordt genoemd,^{15,35,36} het wegwuiven en ontkennen van klachten door zorgverleners, waardoor vrouwen gaan twijfelen

aan zichzelf. Daar kunnen we iets van vinden. Maar belangrijker is de vraag: wat als ze gelijk hebben?

Daarom wil ik de komende jaren onderzoek doen naar hoe de strijd om erkenning, en de bijbehorende trauma’s, doorwerken bij post-COVID en andere postinfectieuze klachten, die vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen. Daar begin ik mee in een studie naar de organisatie van post-COVID zorg samen met internist Laura Kuijpers van het LUMC post-COVID expertisecentrum. En ik doe onderzoek naar andere behandelingen voor post-COVID, zoals een mind-body aanpak, samen met arts maatschappij en gezondheid en promovendus Christine Deurman.

Preventie is te veel gericht op mannen, en vrouwspecifieke risicofactoren zoals pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes worden onvoldoende meegenomen in het inschatten van het risico op hart- en vaatziekten. Al hebben we dit gelukkig recent al wel aangepast in de richtlijn en doen we de PROACTIVE studie waarin promovendus Sam van Smoorenburg een interventie gaat ontwerpen voor deze groep vrouwen. Andere vormen van preventie verdienen ook aandacht, zoals overgewicht bij kinderen, het promotieonderzoek van Celine Delhez. En het promotieonderzoek van Saskia van Grondelle naar hypertensie en hoe we deze zorg het beste kunnen organiseren.

Ook in dit deel van mijn oratie benoem ik reproductieve rechtvaardigheid en anticonceptie. Zolang abortus in de strafwet staat “deinen vrouwen op het getij van politieke willekeur”, zoals deze week in de Volkskrant stond.³⁷ Hoewel 86% van de Nederlanders het wel of niet uitdragen van een zwangerschap als persoonlijke keuze beschouwt,³⁸ heeft de Tweede Kamer in oktober een motie aangenomen die stelt dat Nederland zich actief gaat verzetten tegen pogingen abortus als mensenrecht op te nemen in Europese verdragen. Let wel: criminalisering van abortus leidt niet tot minder abortus, maar tot hogere sterftecijfers onder vrouwen en kinderen.³⁹ De toegang tot abortusklinieken is nu goed, maar vrouwen die onderweg zijn naar een abortuskliniek worden geconfronteerd met activis-

ten die hen willen beïnvloeden, met poppetjes van baby's die weinig te maken hebben met wat de vrouw op dat moment in háár baarmoeder heeft. Zwangerschapsafbreking bij de huisarts is dan een veilig alternatief. Daarom doen we onderzoek naar medicamenteuze zwangerschapsafbreking in de eerste lijn met huisarts en promovendus Liana Genova. Daarnaast willen steeds meer vrouwen ook niet-hormonale opties voor anticonceptie. Vandaar het onderzoek met Women on Waves naar Mifepriston als anticonceptiemiddel van promovendus Nanke Cui.

Tot nu toe heb ik mijn perspectief gedeeld, en dat van mijn ouders, en voorbeelden gegeven vanuit de spreekkamer, beleid en de politiek, om te laten zien hoe ongelijkheid werkt, en waar het schuurt. Ik heb drie lagen van achterstelling in het zorgsysteem besproken die onze patiënten raken: het systeem van financiering en organisatie van zorg, de kennis die we hebben, en de diepere derde laag van stigma en gebrek aan erkenning binnen het zorgsysteem. Waar bepaalde groepen structureel worden gemarginaliseerd. En hopelijk heb ik u laten voelen dat wat we normaal noemen, of wat we accepteren, niet altijd rechtvaardig is. Dat het tijd is om dat actief te bevragen, te veranderen, en rechtvaardiger te maken. Hopelijk snapt u de titel van mijn oratie nu beter.

We zijn nu aangekomen bij het deel van mijn oratie waarin ik richtingen voor verbetering wil aandragen.

Ik heb gesproken over de huisarts, en hoe de huisarts in het zorgsysteem vastloopt. Het brengt ons bij een fundamentele vraag: niet óf we moeten kiezen, maar wáár we voor staan.

Daar, in dit dilemma, zit precies mijn opdracht, onze opdracht. Want in die spanning ontstaat de ruimte om opnieuw te kiezen. Niet voor de zorg zoals die was, maar voor een zorg die werkelijk inclusief is. Voor wie het het hardst nodig heeft.

Zoals ik aan het begin al zei, ik wil gezondheidsverschillen verkleinen. Dat is nogal ambitieus, dat weet ik. Ik wil richting geven. Een manier om samen de strijd aan te gaan tegen wat er gebeurt in die derde laag, aan het gebrek aan erkenning. Met als gevolg dat kwetsbare mensen die niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. En wat ik ga doen. Ik neem u nu verder mee naar waar mijn plannen en ambities liggen.

In al mijn onderzoek, zorg en onderwijs laat ik mij inspireren door wat schrijfster en onderzoeker Aminata Cairo *Holding Space* noemt.⁴⁰ Holding space betekent: aanwezig zijn voor een ander zonder de situatie te willen controleren. Zonder te fixen of te sturen. Het biedt ruimte voor kwetsbaarheid, onzekerheid. Aminata Cairo noemt het een radicale, ethische daad: een ruimte creëren waarin **ook** stemmen gehoord kunnen worden die anders worden uitgesloten. Waarin mensen zichzelf mogen zijn, met hun emoties, ervaringen en pijn.⁴⁰

In de huisartsenzorg krijgt dit ruimte creëren een bijzondere betekenis. Wij zijn niet alleen de poortwachters van het systeem, maar vooral ook vaak de enigen die écht contact hebben met iedereen, ongeacht achtergrond, taal, klacht of verhaal. Ruimte creëren is weigeren om mensen te reduceren tot casus, en ze kunnen zien als volwaardig mens. Dat schuurt met hoe het systeem is ingericht: met zijn standaardisering, tijdsdruk, en fixatie op meetbaarheid. Maar juist dáár, waar het wringt, worden onze kernwaarden als huisarts zichtbaar. Dáár ligt ook de opgave voor onze zorg, voor ons onderwijs en onderzoek. Dáár kunnen we de strijd aan gaan tegen stigmatisering en marginalisatie van groepen mensen, door iedereen te zien als volwaardig mens.

Holding space is ruimte maken voor de moeilijke gesprekken, ook als die gepaard gaan met pijn, boosheid of verdriet, in een sfeer van veiligheid en wederzijds respect. Het programma *Academia in Motion* van de Universiteit Leiden sluit daar mooi op aan. Het biedt een kader om systemen die ongelijkheid in stand houden te bevragen en te veranderen. Ik zet me heel graag hier voor in.

Voor mij is holding space als huisarts ook ruimte creëren om bijvoorbeeld niet meteen te oordelen als een patiënt met een migratieachtergrond naar een arts in het land van herkomst wil. Vroeger had ik daar een oordeel over, en dat voelden mensen. Ze vertelden het dan liever niet. Nu gebeurt het steeds vaker dat ze het juist open bespreken, om samen te overleggen. Dan geef ik informatie mee. Dit versterkt het vertrouwen, in mij als witte dokter, en in de zorg die we samen vormgeven.

Ik doe in deze tijden van hoge werkdruk een appel op het creëren van ruimte. De zorgvraag blijft groeien, terwijl de capaciteit daalt. Digitalisering en AI kunnen helpen, vooral, maar niet alleen, voor mensen met hogere gezondheidsvaardigheden. Dat biedt ruimte om meer aandacht te geven aan mensen die dat écht nodig hebben. Dit vergt durf, ondernemerschap en leiderschap. Het onderwerp van de Electric studie waar promovendus David Oppenhuizen onderzoek naar doet. En belangrijk. Zoals huisartsonderzoeker Janet Kist het mooi verwoordde in de NRC eerder dit jaar: “Moeten we in Nederland gelijke zorg blijven geven? Of moeten we een stapje bijzetten voor mensen waarvan we weten dat ze hogere risico’s hebben?”⁴¹ Wat mij betreft is dat geen vraag, maar een duidelijk antwoord.

Ik hoop dat wij als huisartsen pleitbezorgers zijn voor onze patiënten, we moeten activisten zijn, zoals deze week in Medisch Contact staat,⁴² niet alleen in de spreekkamer, maar ook daarbuiten. Zoals patholoog Rudolf Virchow, de grondlegger van de publieke gezondheid, bepleitte dat artsen zich niet alleen op het individu richten, maar ook op het verbeteren van leefomstandigheden zoals huisvesting, voeding en werk, buiten de muren van de spreekkamer. Denk aan onze LUMC patholoog Danielle Cohen, die zich vanuit het LUMC inzet tegen vapes, of hoogleraar Jan Anthonie Bruijn die zich als minister landelijk inzet voor de zorg.

Op de een of andere manier zitten er veel pathologen in deze oratie over huisartsgeneeskunde.

Maar dit zijn wel de voorbeelden die ik bedoel en sluiten aan bij mijn eerdere appel dat wij opkomen en ruimte maken voor de belangen van patiënten, zeker kwetsbare groepen. En we hoeven het niet allemaal zelf op te lossen. Maar onze signalen uit de dagelijkse praktijk en waar we tegenaan lopen verdienen wél serieuze aandacht, of die signalen nu via de politiek, sociale media, boeken of podcasts komen. Met mijn vrienden en partners in crime Help de Huisarts Vooruit vragen we om aandacht, vanuit de kracht van ons vak, wat zo mooi is. Want als huisarts zie je de hele samenleving voorbijkomen, met context, familie en vaak zelfs een kijkje achter de voordeur.

Tot zover de huisarts. Ik maak nu de overstap naar de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, de afdeling waar ik leiding aan mag geven. En naar het LUMC

Onze afdeling is meer dan een verzamelplek voor academische programma's. Ze is een voedingsbodem voor structurele verandering in de zorg. We leiden op, doen onderzoek, maken impact. Maar we kunnen nóg beter aansluiten bij de verhalen van patiënten en van burgers. Van zorgverleners in de regio. Ruimte creëren dus. Dat vraagt om goede inspraak van patiënten, burgers en organisaties. Niet voor de vorm, maar opdat hun perspectieven daadwerkelijk invloed hebben, bijvoorbeeld op de ethiek rond het gebruik van medische data voor onderzoek. Via het ouderenberaad van hoogleraar Eerstelijnsgeneeskunde, de wetenschappelijk onderbouwing van de klinische praktijk Jacobijn Gussekloo, het strategieteam van de huisartsopleiding en methoden zoals participatief actieonderzoek en met wijkonderzoekers samen bouwen we daaraan. Ook onze academische werkplaatsen maken aansluiting bij organisaties en zorgverleners in de regio mogelijk. Zo past de Friday-studie over het typische vrijdagmiddagconsult waar Dolly Haselager op promoveert mooi binnen dit thema. En het onderzoek naar spoedzorg wat huisarts en linking pin Naomi Minderhout samen met Hadoks heeft gedaan. We moeten de verhalen en ervaringen niet alleen ophalen, maar ook integreren in onderzoek en onderwijs voor alle disciplines binnen onze afdeling,

dus specialisten ouderengeneeskunde, artsen maatschappij en gezondheid, medisch antropologen en huisartsen.

Niet alleen ervaringskennis en inspraak zijn belangrijk, ook samenwerking is cruciaal. We moeten uitsluiting zichtbaar maken en methoden ontwikkelen voor rechtvaardige zorg. Dat vraagt om interdisciplinaire samenwerking, het bevragen van eigen aannames, en expliciet maken van waarden in beleid en praktijk. Teamsience, onderwijs en Erkennen en Waarderen spelen hierin een sleutelrol. Het LUMC loopt hierin behoorlijk voorop, met onder andere het nieuwe framework voor promotietrajecten, focus op verbindend leiderschap en het LUMC cultuurprogramma Future@Work. Mede dankzij de inzet van hoogleraar Gedragsinterventies Marieke Adriaanse. En ik draag als afdelingshoofd graag mijn steentje bij.

Gezondheidsverschillen worden versterkt door klimaatverandering. Het zijn ouderen, mensen met een migratieachtergrond, vrouwen en bewoners van slecht geïsoleerde wijken die het hardst geraakt worden door hittegolven, luchtvervuiling en voedselonzeekerheid.⁴³ Meer mentale klachten, meer hartproblemen,⁴⁴ meer vroeggeboortes, vooral bij vrouwen uit kwetsbare groepen.^{45,46} Toch worden hun perspectieven stelselmatig genegeerd in beleid en besluitvorming. Terwijl rechtvaardig klimaatbeleid begint bij het erkennen van wie het meest te verliezen heeft.⁴⁵

Binnen onze afdeling verbinden we planetary health actief aan preventie, duurzaamheid en het verkleinen van structurele gezondheidsverschillen. Denk aan projecten als ECOTIP onder leiding van hoogleraar population health Jessica Kieft, het Greenteam van onze afdeling en onderzoek naar duurzaamheid in de huisartsopleiding van promovendus Eva Visser. Gezondheid is namelijk onlosmakelijk verbonden met sociale én ecologische rechtvaardigheid.

Eerder gaf ik al aan dat meer diversiteit onder artsen leidt tot betere zorg en kleinere gezondheidsverschillen. Toch zoeken we bij selectie vaak, bewust of onbewust, naar mensen die op

ons lijken. Daarom moeten we op elk selectiemoment, zichtbaar of impliciet, rekening houden met onze bias. Dus niet alleen bij de toelating tot de opleiding, maar ook bij beoordelingen en bijvoorbeeld bij het koppelen van ai's aan opleiders. Met psycholoog en docent aan de huisartsopleiding Heleen Breedveld ga ik hier onderzoek naar doen, zowel bij de huisartsopleiding als bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Ook in de manier waarop we onderzoek citeren en peer reviews kunnen we stappen zetten. Citatie is niet neutraal. Gender, etniciteit en geografie beïnvloeden wie geciteerd wordt en daarmee dus wie carrière maakt.⁴⁷ Onderzoek uit Australië naar peer review laat zien hoe niet-westerse perspectieven vaak worden afgewezen of eerst moeten worden aangepast aan westerse maatstaven.⁴⁸ Dit maakt van citatie en peer review geen kwaliteitsbewaking, maar machtsinstrumenten die ongelijkheid reproduceren.

Daarbij hoort ook kritisch kijken naar taal. Als we alleen Engelstalige of Nederlandstalige literatuur en deelnemers gebruiken, sluiten we andere perspectieven uit. Daarom stel ik bij promoties vaak de vraag of ook anderstalige artikelen meegenomen zijn in reviews. Dus dan weten promovendi vast op welke vraag ze zich kunnen voorbereiden als ik opponeer.

Ook in wetenschap en onderwijs doet je achtergrond ertoe, omdat het invloed heeft op hoe je kijkt, wat je waarneemt en wie je als legitieme bron van kennis beschouwt. Daarom zijn positionaliteit en reflexiviteit zo belangrijk.⁴⁹ Ze helpen ons bewust te zijn van onze plek in machtsstructuren, en van de impact van onze keuzes in onderzoek.^{50,51} Of je nu een review schrijft, een studie opzet of besluit wie je citeert: die keuzes zijn dus nooit neutraal. Alleen als we echt ruimte maken voor andere stemmen, als we ruimte creëren in ons onderzoek,^{47,52} kunnen we bijdragen aan meer rechtvaardige kennis,⁵³ en uiteindelijk aan kleinere gezondheidsverschillen en betere zorg voor iedereen. Dat is onze strijd.

Goed onderwijs vraagt niet alleen om kennisoverdracht, maar ook om het creëren van een veilige ruimte, een plek waar studenten zich gezien en gehoord voelen. En onderwijs is een hele geschikte methode om studenten te laten zien hoe mooi de vakken buiten het ziekenhuis zijn. Het is dan ook fantastisch dat we binnen het LUMC zoveel ruimte krijgen in het nieuwe curriculum Geneeskunde om dat voor elkaar te krijgen.

Als het gaat om zorg voor vrouwen ben ik met collega's in het LUMC een van de trekkers van het thema vrouwengezondheid. Mooi om te zien hoeveel zorgverleners en onderzoekers zich bezig houden met zorg voor vrouwen. En vaak ook nog veelvoorkomende aandoeningen zoals migraine, bekkenbodemplachten, incontinentie, hart- en vaatziekten en endometriose.

Binnen het nieuwe cluster 6 met de nog voorlopige naam Population Health in het LUMC zie ik een mooie rol voor onze afdeling. Met onze expertise in Population Health Management en ouderengeneeskunde, kennis van de extramurale specialismen, eHealth, de ELAN-data, de Health Campus in Den Haag met de vele interfacultaire samenwerkingen, en onze academische werkplaatsen kunnen we bijdragen aan het zichtbaar maken én verkleinen van gezondheidsverschillen. In alle lagen waar achterstelling van kwetsbare groepen zich afspeelt. Precies waar deze oratie over gaat.

We kunnen dit niet alleen. Als we echt willen dat zorg rechtvaardig, duurzaam en inclusief wordt, is politieke strijd nodig. Want we vragen niet iets gek, we leven in een democratisch land waar zorg beschikbaar moet zijn voor iedereen. Dat betekent: een zorgstelsel waarin de beloning niet afhangt van productie maar van maatschappelijke waarde. Bekostiging van de eerste lijn die niet gebaseerd is op het verleden, maar op de toekomst. Een wetenschappelijk veld waarin rechtvaardigheid een erkend kwaliteitscriterium wordt. Een maatschappij die zorg niet ziet als kostenpost, maar als fundament van beschaving.

We komen zo langzamerhand richting het eind van mijn oratie. Ik heb u meegenomen in waar ik vandaan kom, over de drie lagen van achterstelling, wat de gevolgen daarvan zijn, en over het belang van diversiteit en inclusie in de zorg. Dat de strijd voor gezondheid gaat over wie we zien, wie we horen, én wie te vaak onzichtbaar blijven. Ik vertelde aan het begin dat ik drie boodschappen heb. Daar kom ik graag op terug.

De eerste boodschap is dat toegang tot zorg niet gelijk verdeeld is, vooral voor bepaalde groepen in onze samenleving. Naast zichtbare oorzaken zoals bekostiging en kennis spelen ook stigma en gebrek aan erkenning een grote rol.

Dat leidt tot mijn tweede boodschap: gezondheidsverschillen worden hierdoor vergroot. Dat is onacceptabel, hier moeten we ons tegen verzetten. Hier is strijd voor gezondheid nodig. Samen.

En de derde boodschap is dat we door onze vooroordelen te herkennen en erkennen verschil kunnen maken. Dit kunnen we doen met holding space, door ruimte te creëren. Ruimte maken is geen zwakte, maar een zachte kracht. Het is het antwoord op stigma, op uitsluiting, op onrecht. In de spreekkamer, het onderzoek, het onderwijs. Om discriminatie tegen te gaan. Zodat we ruimte hebben voor andere stemmen, voor rechtvaardigheid. Want er is geen rechtvaardigheid totdat het rechtvaardig is voor iedereen.¹⁰ En zo kunnen ons werk verdiepen, het echt veel leuker maken, en bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Onze strijd voor gezondheid.

Dan ben ik nu aangekomen bij het dankwoord.

Ik wil heel graag het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het LUMC bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen om deze leerstoel te bekleden. Dat geldt ook voor de benoemingsadviescommissie die het met mij aandurfde.

In het kader van het verwachtingsmanagement wil ik graag nu al aangeven dat ik aan het begin van dit dankwoord een paar namen noem, en aan het eind. Maar weet dat iedereen hier is om een reden. Namelijk dat ik het belangrijk vind dat jullie hier zijn. En de reden weten jullie zelf. Op verschillende plekken in deze oratie heb ik iets van jullie inspiratie meegenomen. En jullie weten allemaal hoeveel ik jullie waardeer.

Ik begin met Toine Lagro, ik noemde je al. Als jij niet tijdens een algemene ledenvergadering van de Vereniging voor Nederlandse Vrouwelijke Artsen zo enthousiast had gereageerd op mijn vraag of ik bij jou zou kunnen promoveren dan was mijn carrière misschien wel een hele andere richting op gegaan. Maar niet alleen dat moment was cruciaal, ook de manier van begeleiding van mijn promotietraject, samen met François Schellevis en later Miriam de Kleijn was inspirerend. En jouw suggestie om te solliciteren op de plek van jouw opvolger heeft het vuur aangewakkerd om een functie als hoogleraar te overwegen. Jouw energie, jouw gedrevenheid en jouw activisme maken dat je mijn belangrijkste rolmodel bent.

En ook de naam van Mattijs Numans ga ik natuurlijk noemen. Ik weet het nog goed, in 2016 was ik net klaar met mijn kaderopleiding Beleid en Beheer en ik wilde graag weer iets academisch doen. Jij nodigde me uit voor een gesprek dat een sollicitatiegesprek bleek te zijn voor een vacature die ik niet kende, en toen was ik hoofd ELAN. De volgende stap met jouw volle steun was hoofd van de huisartsopleiding en nu sta ik hier. Je manier van leidinggeven heeft me veel gebracht, ook jij gaf ruimte. Je laat een bloeiende afdeling achter. Veel dank voor je steun en je vertrouwen.

De laatste namen binnen het LUMC die ik noem zijn Amanda Lingerak, Nadine van der Bruggen, Corrie de Koning en Matthias Broekmans, mijn rotsen in de branding binnen PHEG. Het secretariaat, de planners, het onderzoekscentrum, de ICT, iedereen die daar werkt om de afdeling op rolletjes te laten lopen waardeer ik enorm. En vandaag zijn het Nadine, Amanda

en Matthias en hun teams die ook nog deze dag in goede banen leiden. En daar ben ik enorm dankbaar voor en dat zeg ik veel te weinig.

Studenten, voor jullie doen we het. De zorgverleners, onderzoekers en docenten van de toekomst. Als oud M.F.L.S.-bestuurslid en assessor zie ik de meerwaarde van inspraak van studenten, en als jullie ooit hulp nodig hebben, weet me te vinden.

Dank jullie wel promovendi. Degenen die ik bij naam noemde zijn de promovendi die ik mag begeleiden of begeleid heb. Maar voor jullie allemaal geldt dat ik het ontzettend leuk vind om jullie te spreken, lastige vragen te stellen als ik opponeer en te overleggen over het promovendibeleid. Jullie weten dat je me altijd mag benaderen als er dingen gebeuren die niet oké zijn. Ik vind jullie fantastisch.

Mijn MT PHEG, dank dat jullie meeliepen in het cortège vandaag. Docenten, onderzoekers, coördinatoren, hoogleraren binnen de PHEG, binnen het LUMC, binnen het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde, opleidingshoofden en alle hoogleraren en onderzoekers in het land, iedereen van de aanwezige huisartsorganisaties en iedereen die ik niet genoemd heb: veel dank voor alle samenwerking en jullie inspiratie! Dank voor de meelezers van deze oratie.

Lieve collega's uit de praktijk. Ik prijs mij gelukkig met een maatschap die het mij toestaat om maar een dag per week in de praktijk te werken. En dat jullie mijn woke ideeën zo ondersteunen. Ontzettend veel dank!

Tot slot ga ik naar mijn vrienden en familie. Vrienden en vriendinnen, sommigen nog van de basisschool en middelbare school, vanuit de studie, uit het M.F.L.S.-bestuur en Forestus, anderen weer van na mijn studie, vanuit mijn tijd in de Haagse Gemeenteraad, collega huisartsen. Ik ben heel blij dat jullie hier vandaag zijn om mij te steunen en straks te vieren.

Mijn familie. Ik kom uit een hechte familie, en daar schaar ik mijn schoonfamilie ook onder. Heel verdrietig dat mijn schoonouders dit niet meer mee kunnen maken. Daarom des te blijer dat Ilse en Ron samen met Luuk en Tim, met aanhang, hierbij kunnen zijn.

Dan mijn gezin van herkomst. Mischa, Martijn en Hilke en jullie partners Britt, Sarah en Erwin, wat ontzettend fijn dat jullie hier zijn. Ik ben trots op onze band, en ook die met Storm, Bodhi, Sven en Sterre. En bij mijn hechte familie tel ik ook Barbara, Peter en Anneke.

Mijn ouders, jullie nemen een prominente rol in, in mijn oratie. En ook in mijn leven. Niet alleen praktisch door er altijd te zijn voor de kinderen, maar ook vanwege jullie niet aflatende steun. En in feite is de titel van mijn oratie jullie schuld, jullie noemden mij Hedwig: strijdbare vrouw.

Tot slot mijn thuis. David en Wessel. Ik geniet elke dag van jullie. Ik ben ongelooflijk trots op jullie en op de weg die jullie inslaan om diegene te worden die jullie echt willen zijn. Dat is sterk, zeker niet altijd gemakkelijk, maar enorm belangrijk. Ik leer van jullie.

Werner, mijn lief, zonder jou zou ik hier niet kunnen staan. Jij steunt mij, remt me af, helpt me, moedigt me aan. Dank je wel. Al bijna 24 samen, de tijd vliegt, maar dat heb je als je plezier hebt.

Ik heb gezegd

Referenties

1. Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, Seidell JC, Pop IA, Renders CM. A theoretical perspective on why socioeconomic health inequalities are persistent: building the case for an effective approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 8;19(14):8384.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bovenaan welvaarts-ladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid [Internet]. Den Haag: CBS; 2022 [cited 2025 Nov 29]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaarts-ladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid>
3. Mulder L, Wouters A, Akwiwu EU, Koster AS, Ravesloot JH, Peerdeman SM, et al. Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Oct 12;35:100749.
4. Mulder L. Diversiteit in het BIG-register. Utrecht: UMC Utrecht; 2024.
5. Paauw S. Artsen hebben vaak rijke ouders die zelf ook arts zijn. *Medisch Contact*. 2024 Dec 18.
6. Mulder L, van der Sterren A, Uzunalioglu B. Een dubbeltje wordt bijna nooit een specialist. *Medisch Contact*. 2025 Oct 31.
7. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;297(7696):405–12.
8. Campbell CN. Healthcare inequities and healthcare providers: we are part of the problem. *Int J Equity Health*. 2025 Apr 7;24(1):97.
9. Hamer FL. Nobody's free until everybody's free. In: Fannie Lou Hamer. *Learning for Justice* [Internet]. 2023 Fall. Available from: <https://www.learningforjustice.org/magazine/fall-2023/fannie-lou-hamer>
10. Van der Waal R. Baas in eigen buik: een essay over reproductieve rechtvaardigheid. Nijmegen: Nijgh & Van Ditmar; 2025.
11. Mudd AL, Bal M, Verra SE, Poelman MP, de Wit J, Kamp-huis CBM. The current state of complex systems research on socioeconomic inequalities in health and health behavior: a systematic scoping review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2024 Feb 5;21(1):13.
12. Van Sighem AI, Wit FWNM, Smit C, Jongen VW, Shalev N, Blomaard C. Monitoring Report 2025. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting hiv monitoring; 2025.
13. Tankink JB, de Graaf JP, van der Lans PJA, Franx A. Aanbevelingen voor persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland: Gebaseerd op de uitkomsten van het EGALITE-project. Rotterdam: Erasmus MC; 2024.
14. Verian Group. Discriminatie in de zorg, welzijn en sport. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Verian Group; 2025.
15. Bontempo AC, Bontempo JM, Duberstein PR. Ignored, dismissed, and minimized: understanding the harmful consequences of invalidation in health care—A systematic meta-synthesis of qualitative research. *Psychol Bull*. 2025;151(4):399–427.
16. Bierer BE, Meloney LG, Ahmed HR, White SA. Advancing the inclusion of underrepresented women in clinical research. *Cell Rep Med*. 2022 Mar 7;3(4):100553.
17. Kist JM, Vos RC, Mairuhu ATA, Struijs JN, van Peet PG, Vos HMM, et al. SCORE2 cardiovascular risk prediction models in an ethnic and socioeconomic diverse population in the Netherlands: an external validation study. *EClinicalMedicine*. 2023 Feb 16;57:101862.
18. Uijen A, Mekkink HGA, Dirven-Meijer P. De resultaten van trials zijn voor de huisarts vaak niet goed bruikbaar. *Huisarts Wet*. 2009;52(5):230–4.
19. De Vries M. Als pijn geen taal krijgt. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2025;169:B2341.
20. Glance LG, Wissler R, Glantz C, Osler TM, Mukamel DB, Dick AW. Racial differences in the use of epidural analgesia for labor. *Anesthesiology*. 2007 Jan;106(1):19–25.
21. Badreldin N, Grobman WA, Yee LM. Racial disparities in postpartum pain management. *Obstet Gynecol*. 2019 Dec;134(6):1147–53.

22. Dehue T. Ei, foetus, baby: over vrouwenlichaam en politiek. Amsterdam: Atlas Contact; 2023.
23. Van der Bas C, Algera EM, Leusink P. Natuurlijke anticonceptie in de spreekkamer: van scepsis naar serieuze keuze. Huisarts Wet. 2025;68(22-5):50825.
24. Kneepkens E. Er kan een punt zijn waarop een vrouw zegt: “Ik wil geen hormonen.” Ned Tijdschr Geneesk. 2025;169:C5889.
25. Gynaecoloog Gunilla Kleiverda: “We moeten af van het onderscheid tussen anticonceptie en abortus.” NRC. 2025 Jul 11.
26. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. Soc Sci Med. 2014 Jun;110:10–7.
27. Paauw S. Mensen met lage welvaart voelen zich vaker minder serieus genomen door de huisarts. Medisch Contact. 2025 Jun 11.
28. Maas A, Quaegebeur E. De gezondheidskloof: waarom vrouwen nog steeds op achterstand staan. Amsterdam: De Arbeiderspers; 2024.
29. Van Gool S. Neem vrouwenzorg eindelijk eens serieus. Financieel Dagblad. 2025 Jul 28.
30. Van Oosterhout REM, de Boer AR, Maas AHM, Rutten FH, Bots ML, Peters SAE. Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2020 May 5;9(9):e014733.
31. Ballering AV, Muijres D, Uijen AA, Rosmalen JGM, Olde Hartman TC. Sex differences in the trajectories to diagnosis of patients presenting with common somatic symptoms in primary care: an observational cohort study. J Psychosom Res. 2021 Oct;149:110589.
32. Lagro-Janssen T, Lo Fo Wong S, van den Muijsenbergh M. The importance of gender in health problems. Eur J Gen Pract. 2008;14 Suppl 1:33–7.
33. Lagro-Janssen ALM, Teunissen TAM. Hoe sekse en gender leiden tot verschil in ziekten van vrouwen en mannen. Huisarts Wet. 2025;68:49287.
34. Voigt S. Durf gendersensitief te werken. Ned Tijdschr Geneesk. 2025;169:B2347.
35. Kranenburg M. Machteloosheid drijft artsen tot ‘medische gaslighting’. DOQ.nl. 2023 Nov 17.
36. Spanberger EG. Feeling dismissed? How to spot ‘medical gaslighting’. The New York Times. 2022 Mar 28.
37. Ten Cate L. Abortus is medische zorg, geen misdaad. Herzie de abortuswet voor het te laat is. Volkskrant. 2025 Nov 18.
38. Ipsos I&O. Abortus als zorg: rapport voor de Vrije Keuze Coalitie. Amsterdam: Vrije Keuze Coalitie; 2025 Oct.
39. Leusink P. Opinie: Wie het leven wil beschermen, moet abortus juist toestaan. Trouw. 2023 Aug 10.
40. Cairo A. Holding space: a storytelling approach to trampling diversity and inclusion. Amsterdam: Aminata Cairo Consultancy; 2021. ISBN: 978-9083156101.
41. Wie arm is sterft vaker aan hartkwalen, het verschil met rijkste Nederlanders is gegroeid. NRC Handelsblad. 2025 Jun 30.
42. Van Baardewijk L. Iedere arts zou óók activist moeten zijn: herken problemen buiten de spreekkamer en handel daarnaar. Medisch Contact. 2025 Nov 13.
43. Verdonk P. Coloring connections: researching gender, intersectionality and health in the climate crisis. Amsterdam/Online: Dutch Society for Gender & Health / Amsterdam UMC; 2024.
44. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Te heet onder onze voeten – gezond samenleven kan alleen op een gezonde planeet. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2025.
45. Boon F. Warmer weer zorgt voor meer vroeggeboren baby’s, vooral in armere buurten. NRC Handelsblad. 2025 Oct 2.
46. Lakhoo DP, Brink N, Radebe L, Craig MH, Pham MD, Haghighi MM, et al. A systematic review and meta-analysis of heat exposure impacts on maternal, fetal and neonatal health. Nat Med. 2025 Feb;31(2):684–94.

47. Sauvé G, Falcão TR, Melloni A, FORRT Community. In pursuit of citational justice: a toolkit for equitable scholarship [Preprint]. MetaArXiv. 2025.
48. Gatwiri K, Krupka Z, Abid M. Maintaining standards or gatekeeping the academy? Reflections of peer review experiences by racially and culturally minoritized scholars in Australia. *Sociol Compass*. 2025;19(8):e70079.
49. Abma TA. The contribution of narrative research to the field of health and health care. In: Atkinson P, Delamont S, Cernat A, Sakshaug JW, Williams RA, editors. *SAGE Research Methods Foundations*. London: SAGE Publications Ltd; 2018.
50. Bourke B. Positionality: reflecting on the research process. *Qual Rep*. 2014;19(33):1–9.
51. Darwin HAG. Researcher positionality — a consideration of its influence and place in qualitative research — a new researcher guide. *Shanlax Int J Educ*. 2020;8(4):1–10.
52. Cairo A, Gronemeier LM, Icaza R, Salim U, Thrivikraman J, Vicherat Mattar D. When someone gets sick, we run to them, not from them: holding space for solidarity otherwise and the city in times of Covid-19. *Soc Incl*. 2021;9(3):195–205.
53. Fricker M. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

PROF.DR. HEDWIG VOS



Foto: Annemarie Bakker Fotografie

Hedwig Vos (1972) is hoogleraar Huisartsgeneeskunde en hoofd van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum.

In 1999 voltooide zij haar studie Geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Na haar huisartsopleiding die zij in 2003 afrondde heeft zij tot 2007 gewerkt als huisarts in loondienst, huisartswaarnemer, jeugdarts bij verschillende Centra voor Jeugd en Gezin in Den Haag en arts-assistent in de acute psychiatrie. In 2007 startte zij samen met een collega huisarts een nulpraktijk in de Haagse wijk Rustenburg-Oostbroek waar zij nog steeds werkt, in inmiddels een maatschap van vier huisartsen. Naast haar werk als huisarts is zij van 2006-2010 gemeenteraadslid in Den Haag geweest. Zij heeft verschillende bestuurlijke en toezichthoudende functies bekleed, zoals het bestuur van de Lovah, de Vereniging Nederlandse Vrouwelijke Artsen, Stichting Yasmin en Huisartsenkring Haaglanden, en de raad van toezicht van onder andere het Nederlands Huisartsengenootschap. Zij was betrokken bij de oprichting van regionale huisartsenorganisatie Hadoks. Momenteel is zij lid van de raad van toezicht van Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra, lid van de Verenigingsraad van het NHG en lid van de raad van advies van Huisarts & Wetenschap en van de Lovah.

In 2014 promoveerde zij aan de Radboud Universiteit in Nijmegen op het proefschrift 'Risk factors in women's health in different stages of life'. Het jaar daarvoor, in 2013, meldde zij zich aan bij de huisartsopleiding van het LUMC als huisartsopleider. In 2016 rondde zij de kaderopleiding Beleid en Beheer af en het jaar daarna startte zij als hoofd van het Extramuraal LUMC Academisch Netwerk van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC. In 2019 werd zij hoofd van het opleidingsinstituut huisartsgeneeskunde van het LUMC en op 8 november 2024 is zij benoemd als hoogleraar Huisartsgeneeskunde en afdelingshoofd Public Health en Eerstelijngeneeskunde.

