

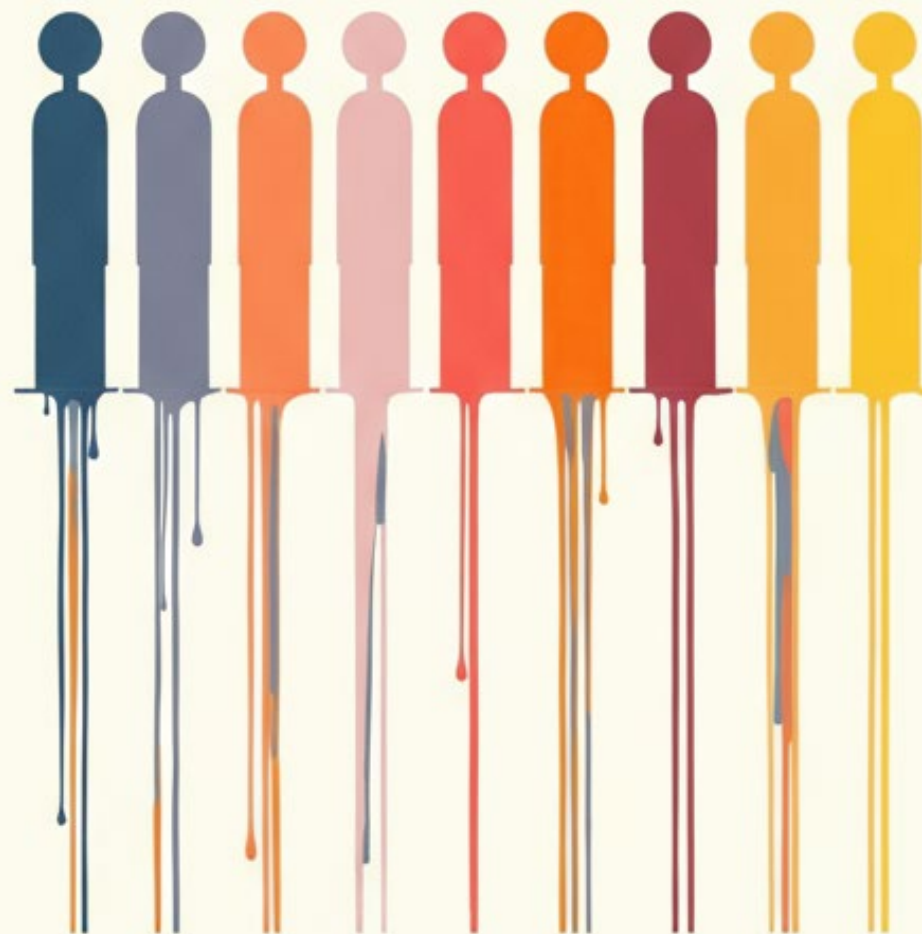


Nederlands  
Kanker  
Collectief

# Mini-cursus Gelijkwaardigheid

Hoogtepunten en  
handvatten

uit de bijeenkomst van 1 december '25





# Kaders, inzichten en handvatten

Op 1 december organiseerde het Nederlands Kanker Collectief (NKC) een bijeenkomst om meer te leren over gelijkwaardigheid in het leven vóór, mét en ná kanker. In deze mini-cursus vind je alles verzameld: onze gedeelde kaders, de belangrijkste inzichten en concrete handvatten. Zodat we beter begrijpen waar gezondheidsverschillen ontstaan, wat we zelf kunnen doen en hoe we samen kunnen bewegen richting gelijkwaardigheid. Veel leerplezier!

## Inhoudsopgave

1. **Ons kader** – uitgangspunten en standpunten
2. **Tafelgesprek** met drie initiatiefnemers, incl. begrippen
3. **Assenmodel** van Helma Lutz
4. **Ayca Szapora** – wat ons brein ons leert over ongelijkheid
5. **Diversiteitssensitief werken** – workshop door Oussama Ben Chaib
6. **Kijken en zien** – inspiratie door Hans Korteweg
7. **Gelijk en toch anders** – workshop door Metty Spelt
8. **Inclusief onderzoek** – workshop door Fabiola Müller
9. **Escapekoffer Digitale Inclusie** – tool van Pharos
10. **Beleidsdilemma's op de vloer** – theater met Levend Parlement
11. **Je bent meer** – lied van Barbara Breedijk

# 1

## Gelijkwaardigheid voor, met en na kanker volgens het NKC

### Gezondheid is ongelijk verdeeld

Ook bij kanker spelen gezondheidsverschillen een rol. Ze werken door in het hele traject van diagnose tot behandeling en het leven daarna.

**Gezondheidsverschillen zijn geen natuurwet.** Ze ontstaan in hoe we samenleven, organiseren en besluiten nemen. Dat betekent ook: ze zijn te beïnvloeden. En daar hebben wij als collectief een rol in.

**Binnen de Nederlandse Kanker Agenda (NKA) werken we mensgericht.** Dat is een bewust uitgangspunt bij alle doelen die we nastreven. Denken vanuit wat ieder mens nodig heeft, helpt ook om ongelijkheid te verkleinen en gelijkwaardigheid dichterbij te brengen.

### Wat dit van ons vraagt

Gelijkwaardigheid vraagt iets van ons allemaal: **als mens, als organisatie en als samenwerkingspartner.** Door anders te kijken, ons brein anders in te zetten, verantwoordelijkheid te nemen binnen onze eigen rol én elkaar op te zoeken. In deze cursus komen alle aspecten aan bod.

### Uitgangspunten hoe we samen kijken

Binnen het NKC werken we aan gelijkwaardigheid vanuit deze gedeelde kaders:

- **Een gedeeld begrippenkader:** gezondheidsverschillen en gelijkwaardigheid vormen de basis van hoe we kijken en spreken.
- **Een intersectionele benadering:** gezondheidsverschillen laten zich niet verklaren vanuit één kenmerk. De 14 assen van identiteitsvorming helpen om samenhang en context te zien.
- **Feiten over ongelijkheid in leven voor, met of na kanker:** data laten zien waar verschillen ontstaan en hoe ze doorwerken in diagnose, behandeling en uitkomsten.

### Standpunten waar we samen voor staan

- **Gezondheidsverschillen zijn niet acceptabel**  
We hebben de verantwoordelijkheid én de mogelijkheden om ze te verkleinen.
- **Gelijkwaardigheid vraagt om ongelijke inzet**  
In de NKA staat: “Om gelijkwaardigheid te bereiken, is het soms nodig om mensen ongelijk te behandelen.”
- **Ieder heeft een rol & samen ontstaat meerwaarde**  
Gelijkwaardigheid vraagt het verbinden van perspectieven: patiënten en burgers, overheid, zorg, bedrijfsleven, de academische wereld en financiers. Ieder draagt vanuit een eigen rol bij, samen creëren we echte beweging.

# Gelijkwaardigheid ontstaat waar perspectieven samenkomen

Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van het Nederlands Kanker Collectief gingen drie initiatiefnemers met elkaar in gesprek over gezondheidsverschillen in de praktijk. Aan tafel zaten vertegenwoordigers van KWF, NFK en IKNL. Vanuit hun eigen rol deelden zij wat zij zien, doen en tegenkomen. En waarom juist samen optrekken nodig is om verder te komen.

## Samen optrekken vraagt gedeelde taal

KWF, NFK en IKNL hebben gezondheidsverschillen ieder vanuit hun eigen rol hoog op de agenda staan. Tegelijkertijd trekken zij hierin ook samen op, in nauwe samenwerking met de NKC hub. Juist omdat gezondheidsverschillen zich niet vanuit één perspectief laten begrijpen, is samenwerking essentieel. Ervaringen van mensen, inzichten uit data en keuzes in beleid hebben elkaar nodig om scherp te krijgen waar verschillen ontstaan, hoe ze doorwerken en waar beweging mogelijk is.

In die zoektocht bleek het belangrijk om eerst een overkoepelende ambitie en uitgangspunten te formuleren, zodat perspectieven verbonden worden en ruis in het gesprek wordt voorkomen. Lotte Rensen (KWF) benadrukte aan tafel hoe belangrijk het is om gedeelde taal expliciet te maken.



## Begrippen op een rij

**GEZONDHEIDSVERSCHILLEN** zijn verschillen tussen groepen mensen qua levensverwachting, aantal gezonde jaren en ervaren gezondheid. Er zijn veel factoren van invloed op deze gezondheidsverschillen. (definitie RIVM)

**REALITEIT** – We beginnen niet allemaal op dezelfde plek in het leven en krijgen niet dezelfde kansen mee. Dat is de realiteit: ongelijk, maar niet onveranderlijk.

**GELIJKHEID EN GELIJKWAARDIGHEID** – Gelijkheid betekent iedereen hetzelfde behandelen. Maar als niet iedereen op gelijke hoogte begint, blijft gelijkheid oneerlijk. Gelijkwaardigheid betekent oog hebben voor verschil en doen wat nodig is om die disbalans te herstellen zodat iedereen kan meedoen, met eerlijke toegang tot kansen, zorg en middelen.

**RECHTVAARDIGHEID** gaat een stap verder dan gelijkwaardigheid. Het kijkt voorbij het individu en pakt de oorzaken van ongelijkheid aan: in samenwerking, beleid en de manier waarop we gezondheid organiseren. Zodat kansen op gezondheid vanzelfsprekend zijn – vóór, mét en ná kanker.

Zo worden begrippen als gelijkheid en gelijkwaardigheid vaak door elkaar gebruikt, terwijl ze iets wezenlijk anders betekenen (zie tekening en kader).

Om het gesprek over gelijkwaardigheid en gezondheidsverschillen te ondersteunen, werken we met de 14-assen van identiteitsvorming van Helma Lutz. Dit gezamenlijk denkkader helpt ons om scherper te zien, preciezer te spreken en bewuster te handelen. In hoofdstuk 3 van deze cursus wordt dit assenstelsel verder toegelicht.

*“Om effectief samen te werken op gezondheidsverschillen, helpt een gedeeld begrippenkader enorm.” Lotte Rensen (KWF)*

## Waarom gezondheidsverschillen aandacht vragen

De urgentie om met gezondheidsverschillen aan de slag te gaan, werd aan tafel vanuit verschillende kanten voelbaar. Mieke Aarts (IKNL) liet zien hoe data patronen blootleggen die zich steeds opnieuw voordoen. Data laten zien dat verschillen – onder meer tussen inkomensgroepen en tussen mannen en vrouwen – doorwerken in ziekte, behandeling en uitkomsten.

*“Als we data op een rij zetten, zien we structurele verschillen tussen mensen met een hoger en lager inkomen: in diagnoses, behandeling, overleving en in kwaliteit van leven. Het verschil in overleving na vijf jaar is voor alle kankersoorten samen 10 procent. Dat vind ik veel.”* Mieke Aarts (IKNL)

Naast cijfers ging het gesprek over wat dit betekent voor mensen. Lieke Visser (NFK) benadrukte dat zorg altijd begint bij de mens als geheel, met eigen wensen en behoeften. Om gezondheidsverschillen te verkleinen is het des te belangrijker om oog te hebben voor de persoon die tegenover je zit, zodat je samen kunt beslissen welke zorg of ondersteuning het beste past.

*“Niet iedereen start vanuit dezelfde uitgangspositie. Dat zie je ook terug in hoe mensen hun ziekte ervaren en welke keuzes zij kunnen maken”*  
Lieke Visser (NFK)

### Wat data zichtbaar maken

2x  
meer incidentie

- 20%  
tumorgerichte  
behandeling

10%  
verschil in  
5-jaarsoverleving

minder  
systemische  
behandeling

- Veel vormen van kanker komen vaker voor bij mensen met een lager inkomen. Bij sommige kankersoorten zelfs meer dan 2x zo vaak.
- Mensen met een lager inkomen krijgen minder vaak een tumorgerichte behandeling. Bij uitgezaaid melanoom was dat 20% minder immunotherapie.
- Over alle kankersoorten samen is het verschil in vijfjaarsoverleving 10% tussen mensen met een hoger en lager inkomen.
- Ook tussen mannen en vrouwen bestaan verschillen. Bij gevorderd melanoom krijgt van de 65+ers 60% van de mannen systemische behandeling, versus 46% van de vrouwen.



*Lotte Rensen (KWF), Lieke Visser (NFK), Mieke Aarts (IKNL)  
in gesprek onder begeleiding van Inge Diepman*

## Ieder een rol, samen effect

In het gesprek werd duidelijk hoe ieder van de initiatiefnemers vanuit een eigen rol bijdraagt aan meer gelijkwaardigheid. IKNL maakt gezondheidsverschillen zichtbaar via de Nederlandse Kankerregistratie en duidt deze door te laten zien waar patronen om aandacht vragen in beleid en praktijk. Die inzichten zijn onder meer aanleiding geweest voor Kamervragen en gesprekken met beleidsmakers en zorgprofessionals. NFK brengt ervaringen van mensen met kanker in beeld, ook via nieuwe onderzoeksvormen, zoals het werken met ambassadeurs, waardoor stemmen hoorbaar worden die anders vaak ontbreken. KWF werkt via samenwerkingen, pilots en programma's aan het bereiken van doelgroepen die extra risico lopen of extra ondersteuning kunnen gebruiken.

## Waar het schuurt

Het gesprek maakte ook zichtbaar wat lastig is. Veel oorzaken van gezondheidsverschillen liggen buiten de zorg, terwijl de gevolgen hier heel zichtbaar en voelbaar zijn. Soms kan de invloed van afzonderlijke organisaties daardoor begrensd voelen. Maar tegelijk weten we ook goed dat we een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben en dat we met elkaar écht voor een verbetering kunnen zorgen.

De organisaties zijn het met elkaar eens: gezondheidsverschillen zijn een complexe maatschappelijke uitdaging. Een uitdaging die vraagt om groot denken en vaak om kleine stappen gaat. Dat betekent inzet op meerdere niveaus: als persoon, binnen organisaties en in samenwerking. Ieder vanuit een eigen rol, in verbinding met anderen.

*“Iedereen kan een steentje bijdragen. Ook kleine stappen maken verschil.”*  
Mieke Aarts (IKNL)



# Zien door de 14 assen van Helma Lutz

Het tafelgesprek maakte helder hoe waardevol het is om vanuit een gedeeld kader naar gezondheidsverschillen te kijken. Om samen stappen te maken, helpt het om dezelfde taal te spreken. Daarom werken we graag met de 14 assen van identiteitsvorming van socioloog Helma Lutz.

## Meer dan één kenmerk

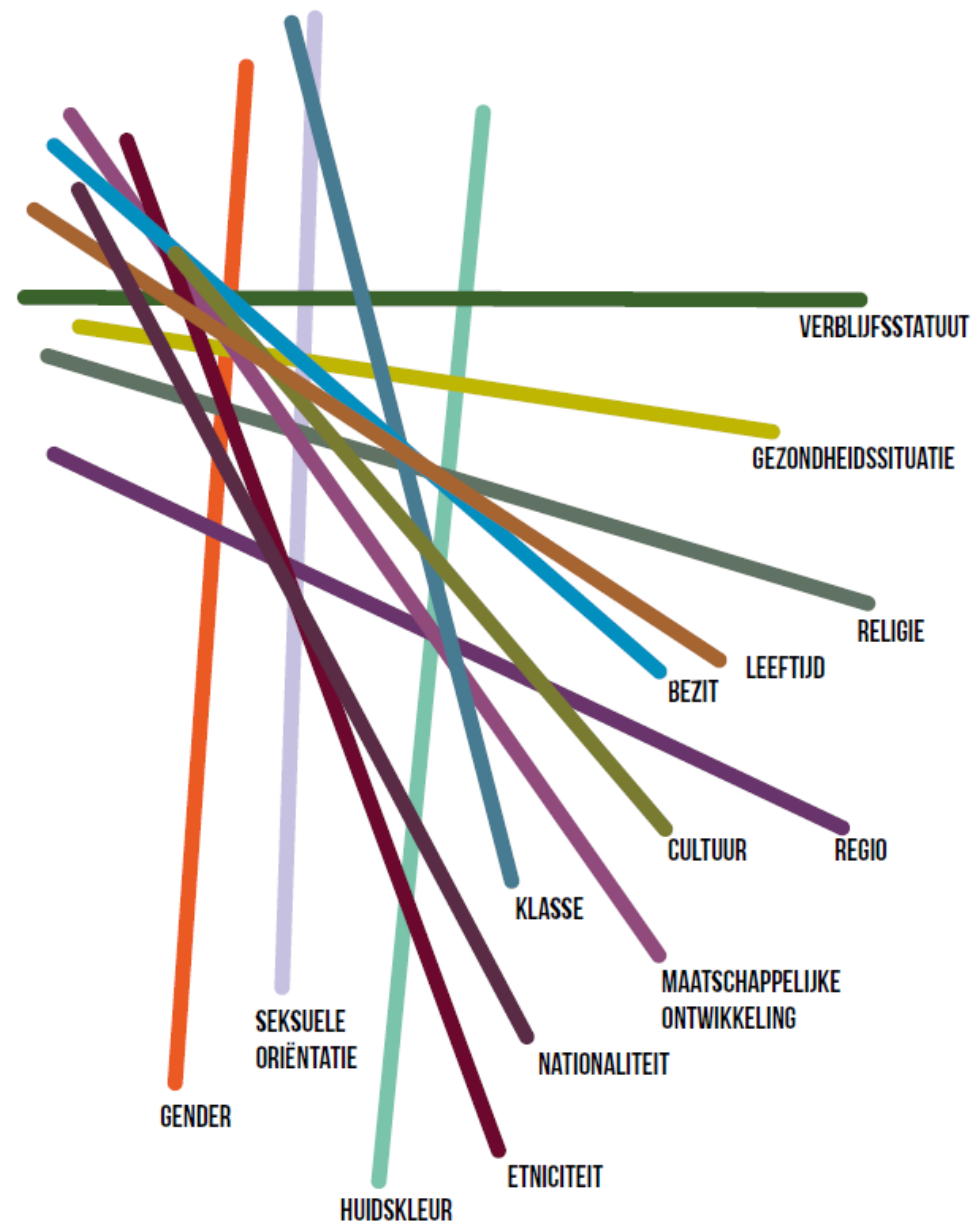
Iedereen heeft een eigen identiteit. Die bestaat uit allerlei kenmerken, zoals je leeftijd, inkomen, huidskleur, gezondheid of overtuiging. Samen vormen ze wie je bent, hoe je je ontwikkelt en hoe je wordt gezien. Deze 14 assen helpen om dat te begrijpen. Identiteit is meer dan één kenmerk, of de optelsom ervan. Want kenmerken staan niet los van elkaar: ze beïnvloeden en versterken elkaar. En zijn voortdurend in beweging. Juist op die kruispunten ontstaan unieke ervaringen van kansen, macht en ongelijkheid.

## Op kruispunten ontstaat verschil

Dit samenspel noemen we kruispuntdenken. Niemand is alleen maar vrouw, of gekleurd, of rijk, of ziek. Iedereen bevindt zich op meerdere kruispunten tegelijk. Door die samenhang te zien, begrijpen we beter waar ongelijkheid ontstaat én waar ruimte ligt om samen betere keuzes te maken.

## Onze gezamenlijke bril

Deze manier van kijken is onze gezamenlijke bril. Ze helpt om ongelijkheid niet te versimpelen, maar te doorgronden. Om te zien wat we normaal zijn gaan vinden, wie buiten beeld dreigt te raken en waar we kunnen bijsturen. Met deze bril maken we gezondheidsverschillen zichtbaar, herkennen we kwetsbaarheid én privilege. Zo bouwen we aan zorg en ondersteuning die niet uitgaan van gemiddelden, maar van echte mensen.



# De 14 assen toegelicht

Elke as vertelt iets. De kruispunten ertussen vertellen het echte verhaal.

- 1 **Gender** - Sekse (mannelijk/vrouwelijk/intersekse), genderidentiteit (cisgender/transgender/non-binair) en genderexpressie (hoe iemand uiting geeft aan genderidentiteit) vormen samen iemands gender.
- 2 **Seksuele oriëntatie** - De aantrekking tot mensen van een bepaald geslacht of gender.
- 3 **Huidskleur** - Een zichtbaar kenmerk van de huid dat invloed kan hebben op hoe mensen worden gezien en behandeld.
- 4 **Etniciteit** - De culturele en sociale identiteit die mensen delen, bijvoorbeeld via taal, herkomst of gebruiken.
- 5 **Nationaliteit** - De juridische status en verbondenheid met een land of staat.
- 6 **Klasse** - Verouderde term. We spreken nu over de maatschappelijke positie van een persoon of groep. Deze is onder meer gevormd door sociale, economische, historische en culturele factoren.
- 7 **Cultuur** - De gedeelde waarden, normen en gewoonten binnen een groep, die invloed hebben op gedrag.
- 8 **Religie** - Geloofsovertuigingen en tradities die zin en betekenis geven aan het leven.
- 9 **Gezondheidssituatie** - De fysieke en mentale gezondheid van een persoon en de invloed daarvan op deelname aan de samenleving.
- 10 **Leeftijd** - De levensfase waarin iemand zich bevindt.
- 11 **Verblijfsstatuut** - De juridische status van iemand in een land, zoals burger of gevlucht persoon.
- 12 **Bezit** - De middelen waarover iemand beschikt: materieel (zoals inkomen of eigendom) en niet-materieel (zoals kennis, netwerk of status).
- 13 **Regio (Noord-Zuid/Oost-West)** - Geografische ligging en economische context die levensomstandigheden mede bepalen, zowel binnen landen als wereldwijd.
- 14 **Maatschappelijke ontwikkeling** - De sociale en economische vooruitgang van een persoon, gemeenschap of land.



## Lessen voor gelijkwaardigheid van Ayca Szapora

1. **Ons brein is subjectief** – Wat we zien, is nooit het hele verhaal. Wat voor ons logisch voelt, is gevormd door eerdere ervaringen en context. Het is dus niet neutraal of vanzelfsprekend.
2. **Ongelijkheid zit in routines** – Niet alleen in systemen, maar in ingesleten manieren van kijken en doen. Omdat ons brein energie wil besparen, blijven oude patronen vaak leidend. Ook bij goede intenties.
3. **Zonder veiligheid blijft het reptielenbrein aan** – Bij onveiligheid blijft het brein in de verdedigingsstand. Dat blokkeert leren en andere perspectieven. Gelijkwaardigheid vraagt om ruimte voor fouten en vragen.
4. **Verandering begint in het bewuste brein** – Automatische patronen doorbreken kost energie. Die inspanning is vaak nodig om nieuwe perspectieven toe te laten.
5. **Verandering groeit in kleine stappen** – Herhaling maakt nieuw gedrag normaal. Door kleine, concrete stappen te herhalen, ontstaat ruimte voor ander handelen.

# Wat ons brein ons leert over ongelijkheid

We willen mensen recht doen. Iedereen in zijn geheel zien. Niemand buitensluiten. En toch lukt dat vaak niet. Ayca Szapora liet zien waarom. In haar keynote kunnen we een extra laag vinden in onze zoektocht naar gelijkwaardigheid: wat vraagt dit van ons, als mens? Ze nam ons mee in hoe ons brein werkt: snel, automatisch en grotendeels buiten ons bewustzijn om. Juist dat onbewuste brein speelt een grote rol in hoe we kijken, kiezen en handelen.

### Het onbewuste brein aan het werk

Ons brein wil efficiënt zijn. Het werkt voor een groot deel op de automatische piloot. Het herkent patronen, maakt shortcuts en vult ontbrekende informatie razendsnel in. Dat gebeurt vooral in het onbewuste brein. Handig in het dagelijks leven, maar verraderlijk bij complexe vraagstukken.

Want wat ons brein herkent als 'logisch' of 'normaal', is gevormd door eerdere ervaringen, herhaling en context. We zien daardoor altijd maar een deel van de werkelijkheid. De rest vult ons brein zelf aan. Niet omdat we dat willen, maar omdat ons brein zo functioneert.

Ayca's verhaal maakt begrijpelijk waarom ongelijkheid zo hardnekkig kan zijn. Niet alleen door systemen of beleid, maar ook doordat we onbewust blijven terugvallen op bekende beelden, aannames en routines.

### Wat dit betekent voor gelijkwaardigheid

Werken aan gelijkwaardigheid vraagt daarom iets anders van ons brein dan we gewend zijn: vertragen, aandachtiger kijken en ruimte maken voor andere perspectieven. Dat kost energie. Maar juist zo ontstaat de kans om patronen te doorbreken.

### Een rol voor ieder van ons

Gelijkwaardigheid vraagt dus naast gezamenlijke keuzes ook persoonlijke scherpte. Door te begrijpen hoe ons brein werkt, kunnen we bewuster handelen in kleine momenten: in hoe we luisteren, vragen stellen en besluiten. Dat is een begin dat iedereen kan maken.





# Diversiteitssensitief werken

Wie we missen in beleid en systemen

## De kern van het probleem

Sommige mensen blijven onzichtbaar in onze systemen. Niet omdat ze er niet zijn, maar omdat beleid en zorg vaak niet zijn gebouwd op hun leefwereld.

- Een 67-jarige Turkse man heeft geen computer en kan de oproep voor bevolkingsonderzoek niet lezen. Twee jaar later heeft hij kanker in stadium 3.
- Een Poolse vrouw wiens pijn jarenlang niet serieus werd genomen, ontwikkelt wantrouwen en gaat te laat naar de huisarts.
- Een transgender persoon mijdt de zorg na ervaren discriminatie.
- Een vrouw met hoofddoek schaamt zich om te vragen of behandeling anders kan dan het protocol.

De barrières die ze ervaren staan niet in protocollen. Hun behoeften zitten niet in de data die we verzamelen. En hun stemmen klinken zelden door in beleidsvergaderingen. Zo ontwerpen we systemen die – hoe goed bedoeld ook – voor hen niet werken. We meten wat meetbaar is. We bereiken wie bereikbaar is. En de rest? Die blijft onzichtbaar. Tot het te laat is.

## Wat er misgaat

De workshop maakte zichtbaar hoe snel beleid mensen kan missen, juist wanneer het ‘voor iedereen’ bedoeld is.

- Digitale zorg en algoritmes kunnen ongelijkheid vergroten, terwijl ze als oplossing zijn bedacht.
- EPD's missen ruimte voor 'zachte' informatie, waardoor context verdwijnt. Standaardisatie gaat vaak uit van aannames die niet voor iedereen kloppen.
- Veel oorzaken van gezondheidsverschillen liggen buiten de zorg: bestaanszekerheid, taal, toegang en vertrouwen.
- Taal doet ertoe: we spreken niet over laaggeletterden, maar over mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Woorden bepalen wie zich aangesproken voelt. En wie niet.



Oussama Ben Chaib, Diveclusion

## Verder lezen

- [Volledige presentatie](#)
- [Diveclusion](#)
- Pharos, o.a.
  - [gezondheidsverschillen](#)
  - [begrijpelijke communicatie](#)

## Contact

[sayhi@diveclusion.com](mailto:sayhi@diveclusion.com)

## De verschuiving die nodig is

De oplossing zit niet in één nieuwe maatregel of richtlijn, maar in een andere manier van kijken.

- Van één standaard → naar meerdere manieren om goede zorg te bereiken
- Van data-gedreven beslissen → naar mens-gedreven ontwerpen
- Van 'de patiënt past zich aan' → naar 'het systeem past zich aan'

Beleid werkt pas als het is ontworpen mét de mensen voor wie het bedoeld is.

## Wat je hiermee kunt doen in jouw werk

- Kijk vanuit verschillende leefwerelden: (met) wie mist nog aansluiting?
- Ontwerp samen met de mensen voor wie het beleid bedoeld is. Vanaf het begin.
- Gebruik data als hulpmiddel, niet als vertrekpunt.
- Begin klein: formuleer één concrete aanpassing die je morgen kunt toepassen.
- Je kunt alleen ontwerpen voor wie je ziet. De eerste stap is leren zien wie nu ontbreekt.

### Vier vragen om blinde vlekken zichtbaar te maken

Gebruik deze vragen bij elk beleid, elke app en elke standaard:

#### 1. Wat vraagt dit van mensen?

Digitale vaardigheden? Taal? Vertrouwen?

#### 2. Welke drempels bouwt dit in?

Inloggen, QR-codes, jargon, lange brieven, gebrek aan beelden, standaardroutes.

#### 3. Welke aannames kloppen niet voor iedereen?

Iedereen kan lezen. Iedereen begrijpt kankerzorg. Iedereen durft vragen te stellen.

#### 4. Hoe kan dit ongelijkheid versterken?

Digitalisering, AI en standaardprocessen vergroten bestaande verschillen als je niet expliciet stuurt op inclusie.

TOOL



### Essentiële inzichten

- 'Moderne' oplossingen kunnen gezondheidsverschillen vergroten, ook als ze als oplossing bedoeld zijn.
- Wat niet in data of protocollen past, kan uit beeld verdwijnen. Terwijl daar veel ongelijkheid zit.
- Beleid dat 'voor iedereen' is, sluit vaak mensen uit die niet in het gemiddelde passen.
- Taal maakt verschil: woorden bepalen wie zich gezien voelt en wie niet.
- Echte oplossingen ontstaan pas als de doelgroep vanaf het begin aan tafel zetten.

**Je kunt alleen ontwerpen voor wie je ziet. En zien begint met anders kijken**



# Kijken en zien

## Door Hans Korteweg

Er is een groot verschil tussen kijken en zien.  
Kijken doe je van een afstand, zien is intiem.  
Kijken doe je naar iets of iemand.

Of je nu naar de televisie kijkt of op je horloge of door een sleutelgat,  
je blijft een toeschouwer. Als je ziet daarentegen ben je met iets of  
iemand, het is deel van je bestaan.

Je kijkt naar de zonsondergang of je ziet hem. Je kunt naar het licht  
kijken, maar het is toch iets heel anders als je het ziet.

Ieder mens heeft het vermogen om te kijken en te zien,  
maar veel mensen geven er de voorkeur aan om vooral kijkend  
door het leven te gaan. Dat is niet zo verwonderlijk, want het is  
riskant om te zien. Als je echt iets ziet heeft dat consequenties  
voor je bestaan, terwijl je kijkend buiten schot kunt blijven.

Daarom zijn de kijkcijfers hoog  
en zijn er maar weinig zieners.

[Blog Hans Korteweg](#)



## Gelijk en toch anders

Waarom gelijkwaardige zorg iets anders vraagt dan iedereen hetzelfde behandelen

### De kern van het probleem

Iedereen is gelijk in waarde, maar niemand is hetzelfde in zorgbehoefte. Zorg is vaak ingericht op een uniform normbeeld. Hierdoor worden mensen die daar niet in passen (zoals vrouwen en LHBTQIA+ personen) anders geïnterpreteerd of later serieus genomen. Dit is niet per se wat iemand bedoelt, maar het resultaat van systemen die onvoldoende rekening houden met diversiteit in ervaringen, context en lichaam. Daardoor leidt gelijke behandeling niet vanzelf tot gelijkwaardige zorg.

### Wat er mis gaat

In de workshop werd zichtbaar dat:

- verschillen in gezondheid en zorguitkomsten niet alleen met geslacht samenhangen. Ze kruisen met andere factoren zoals economische positie, opleiding en sociale context
- in eerste instantie lijkt weinig verschil te bestaan, maar – bij langer kijken – bestaan patronen die mensen uitsluiten
- zorgverleners en systemen vaak terugvallen op vaste aannames, waardoor sommige ervaringen minder goed worden gehoord en gezien.

De oefeningen en reflecties hielpen deelnemers ervaren hoe veelomvattend en onzichtbaar die patronen kunnen zijn, ook binnen zichzelf.

### Wat dit kost

Niet zien wat er speelt, kost tijd, vertrouwen en kwaliteit van zorg. Het leidt tot uitgestelde diagnoses, minder passende behandeling en het gevoel niet serieus genomen te worden. Voor mensen die al minder vanzelfsprekend hun weg vinden in de zorg, stapelen die effecten zich op.



Metty Spelt, Women Inc.

### Verder leren

- [WOMEN Inc.](#)  
Vrouwengezondheid en gelijkwaardigheid
- [Komt een mens bij de dokter](#)  
[Toolkit voor zorgprofessionals](#)  
[Toolkit beroepsonderwijs](#)
- [Nationale strategie vrouwengezondheid](#)

**Contact:**  
[Women Inc.](#)



## De verschuiving die nodig is

Gelijkwaardige zorg vraagt een andere manier van denken:

- Van één norm → naar oog voor verschil
- Van snelle aannames → naar open vragen
- Van gelijk behandelen → naar doen wat nodig is

Dat vraagt niet om één grote systeemverandering op papier, maar om bewuste keuzes in hoe zorgprofessionals dagelijks omgaan met mensen.

## Wat je hiermee kunt doen in jouw werk

- Stel open vragen en check aannames.
- Kijk verder dan één kenmerk of categorie.
- Gebruik kruispuntdenken bij beleid, onderzoek en zorg.
- Zie inclusie niet als extra stap, maar als voorwaarde voor kwaliteit.
- Neem verschillen expliciet mee in gesprekken en besluitvorming.
- Check of zorg, beleid of communicatie voor iedereen werkt.
- Sta stil bij wie je (nog) niet bereikt.



## Essentiële inzichten

- Gelijke behandeling kan ongelijkheid versterken.
- Bewustwording begint bij vertraging, reflectie en open vragen.
- Kleine aanpassingen in houding en vragen maken groot verschil.
- Systeemverandering begint bij dagelijkse interacties.
- Verschillen zitten zelden op één as, maar op kruispunten.

**Gelijkwaardige zorg is  
rechtvaardig als die past  
bij wie iemand is**

# Inclusief onderzoek

Wie we missen, ontbreekt in kennisontwikkeling

## De kern van het probleem

Veel (psycho-)oncologisch onderzoek weerspiegelt niet de diversiteit van Nederland. Kanker komt voor in alle bevolkingsgroepen, maar niet alle groepen doen mee aan wetenschappelijk onderzoek. Daardoor blijven ervaringen, behoeften en uitkomsten van een deel van de mensen buiten beeld. Dit geldt ook voor de groeiende groep kankerpatiënten met een migratieachtergrond. Wie niet wordt meegenomen in onderzoek, ontbreekt in kennisontwikkeling en zorginnovaties. Zo ontstaan blinde vlekken die gezondheidsverschillen onbedoeld kunnen vergroten.

## Wat er misgaat

De workshop maakte zichtbaar dat inclusiviteit in alles fases van onderzoek kan vastlopen:

- **Taal en methodes**  
Uitnodigingsbrieven zijn lang, talig en abstract. Standaard onderzoeksmethodes zoals vragenlijsten sluiten niet altijd aan bij diverse doelgroepen.
- **Cultuur en vertrouwen**  
In sommige gemeenschappen is kanker een taboe. Eerdere ervaringen met zorg of onderzoek beïnvloeden het vertrouwen om mee te doen.
- **Aannames in het systeem**  
Er wordt verondersteld dat mensen weten wat het onderscheid is tussen wetenschappelijk onderzoek en medisch-diagnostisch onderzoek, dat patiënten hun diagnose en prognose kennen en persoonlijke informatie willen delen.
- **Onderzoekspraktijk en randvoorwaarden**  
Onderzoeksmateriaal en methodes die bedoeld zijn om inclusiviteit te bevorderen passen niet altijd in de kaders en standaarden van financiers en toetsingscommissies.  
Het gevolg: bepaalde groepen blijven structureel ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek.

## Wat dit kost

Als onderzoek onvoldoende inclusief is, missen we kennis over kwaliteit van leven, zorgbehoeften en welke interventies precies voor wie werken. Die blinde vlekken werken door in de zorg.



Dr. Fabiola Müller, Amsterdam UMC

## Verder leren

- [Volledige presentatie](#)
- [Pharos](#) – informatiedossiers, webinars, sleutelpersonen
- [Toolbox palliaweb](#)
- Werving van patiënten met een migratieachtergrond voor:
  - [kwantitatief onderzoek](#)
  - [kwalitatief onderzoek](#)
- POCON – Werkgroep inclusief kankeronderzoek – [Committee Equity in Cancer](#)
- [huisarts-migrant.nl](#) – informatie en handreikingen voor cultuursensitieve zorg

**Contact:** [f.mueller@amsterdamumc.nl](mailto:f.mueller@amsterdamumc.nl)  
Public & Occupational Health

## De verschuiving die nodig is

De oplossing zit niet in één aanpassing, maar in een andere manier van werken:

- Van werven van deelnemers → naar relaties opbouwen
- Van onderzoek vóór mensen → naar onderzoek mét mensen
- Van focus op taal (vereenvoudigen) → naar begrip van cultuur en context
- Van standaard methodes → naar een flexibele (wervings)aanpak en vormen van deelname

Inclusief onderzoek vraagt tijd, vertrouwen en andere keuzes. Dit vraagt om innovatieve en participatieve onderzoeksmethodes

## Wat je hiermee kunt doen in jouw werk of vanuit jouw rol

Samen kunnen we impactvolle stappen maken.

### Onderzoekers

- Sta stil bij de vraag: wie doen er mee? En wie niet?
- Betrek ervaringsdeskundigen vanaf het begin. Zie hen als partner met waardevolle kennis, ervaring en een belangrijk netwerk.
- Zorg voor een (cultureel) divers onderzoeksteam.
- Kijk kritisch naar je manier van communicatie met (potentiële) deelnemers.
- Betrek sleutelpersonen, test materiaal, werk met tolken en kijk naar alternatieve manieren van werving en dataverzameling (bellen, WhatsApp, langsgaan bij buurthuizen of moskeeën).

### Organisaties & instellingen

- Maak ruimte voor andere manieren van werven en dataverzameling. Sta open voor en denk mee over het afwijken van standaard formats (zoals uitnodigingsbrieven).

### Financiers & beoordelaars

- Erken dat inclusief onderzoek cruciaal is voor inclusieve en cultuursensitieve zorg. Dit vraagt om een aanpak buiten reguliere projectkaders (bijv. projectduur, onderzoeksmethodes). Ondersteun onderzoekers in tijd en middelen.

### Ervaringsdeskundigen

- Jouw perspectief is geen aanvulling, maar een waardevolle bron van kennis. Alleen door perspectieven te verbinden, ontstaat onderzoek dat bijdraagt aan inclusieve zorg.



## Essentiële inzichten

- Drempels in onderzoek zorgen ervoor dat sommige groepen buiten beeld blijven.
- Zonder inclusief onderzoek is inclusieve zorg niet mogelijk.
- Inclusief onderzoek gaat over méér dan taal: ook cultuur, vertrouwen en context doen ertoe.
- Standaard onderzoeksmethoden sluiten niet vanzelfsprekend aan bij een doelgroep met diverse achtergrondkenmerken.
- Echte verandering vraagt samenwerking tussen onderzoekers, wetenschappelijke instellingen, ervaringsdeskundigen en financiers.

## Inclusieve zorg begint bij inclusief onderzoek



# Escapekoffer Digitale Inclusie

Wie digitaal niet mee kan doen, raakt buitenspel

## De kern van het probleem

Digitale zorg neemt een steeds grotere plek in binnen de gezondheidszorg. Afspraken maken, informatie vinden, medicijnen bestellen, inloggen in portalen of beeldbellen: het lijkt efficiënt en toegankelijk. Maar voor een grote groep mensen geldt het tegenovergestelde. Beperkte digitale vaardigheden, taalproblemen of gebrek aan ondersteuning maken dat digitale zorg juist nieuwe drempels opwerpt. Niet omdat mensen niet willen, maar omdat systemen uitgaan van vaardigheden en vanzelfsprekendheden die niet voor iedereen gelden.

## Wat er misgaat

De escapekoffer laat deelnemers ervaren wat digitale uitsluiting betekent.

Tijdens het spel wordt zichtbaar dat:

- digitale processen snel frustratie en stress oproepen
- mensen verschillend reageren: sommigen geven het systeem de schuld, anderen zichzelf
- schaamte en onzekerheid net zo'n grote drempel zijn als technische problemen
- kleine ontbrekende details (taal, uitleg, contactmogelijkheid) grote gevolgen hebben

Wat bedoeld is als handige oplossing, kan zo onbedoeld leiden tot afhaken, gemiste afspraken en groeiende ongelijkheid.

## Wat dit kost

Als digitale zorg niet toegankelijk is, sluiten we mensen uit. Ze missen afspraken, begrijpen informatie niet of durven geen hulp te vragen. Dat leidt tot uitgestelde zorg, extra stress en groeiende gezondheidsverschillen. Wat begint als een 'handige digitale oplossing', kan zo onbedoeld schade veroorzaken.



Mogelijk gemaakt door Pharos

## Verder leren

### Pharos

- eHealth en digitale zorg voor iedereen  
Tools om digitale zorgtoepassingen te toetsen op toegankelijkheid en begrijpelijkheid, met aandacht voor digitale vaardigheden en inclusie.
- Factsheet Digitale vaardigheden  
Met praktische tips hoe iemand te helpen.
- Digitaal Samenleven  
Een netwerk van publieke en private partijen dat zich inzet voor een digitale samenleving waarin iedereen kan meedoen.

**Contact:** Pharos

## De verschuiving die nodig is

- Van digitale efficiëntie → naar digitale toegankelijkheid
- Van één standaardroute → naar alternatieven naast digitaal
- Van 'mensen moeten het leren' → naar systemen die rekening houden met verschillen
- Van testen op techniek → naar testen op begrijpelijkheid, vertrouwen en gebruiksgemak

## Wat je hiermee kunt doen in je eigen werk

- Vraag actief of iemand hulp nodig heeft bij digitale zorg.
- Zorg dat er altijd een alternatief of hulplijn is naast digitale routes.
- Betrek ervaringsdeskundigen bij het testen van digitale toepassingen.
- Check teksten en processen op begrijpelijkheid, volledigheid en toon.

## De Escapekoffer in de praktijk

### Zo werkt het spel

Met de Escapekoffer Digitale Inclusie van Pharos kruipen deelnemers in de huid van iemand die digitaal zijn weg probeert te vinden in de zorg. Via concrete opdrachten ervaren zij hoe gebruiksonvriendelijke systemen, onduidelijke taal en ontbrekende ondersteuning samenkomen. Zelfs als je digitaal vaardig bent (of denkt te zijn). Het spel roept herkenbare emoties op: frustratie, twijfel, soms opgeven. En maakt voelbaar wat digitale uitsluiting betekent. Door deze ervaring realiseren deelnemers zich dat digitale zorg niet altijd een hulpmiddel is. Het gesprek achteraf zet deelnemers bovendien aan tot actie: wat kunnen zij zelf doen om digitale zorg toegankelijker te maken?

### Zelf aan de slag?

De escapekoffer kan worden ingezet in teams, opleidingen en organisaties om het gesprek over digitale inclusie te openen.

[Bestel de koffer](#)



## Essentiële inzichten

- Digitale zorg is niet neutraal: ontwerpkeuzes bepalen mede wie kan meedoen en wie niet.
- Digitale zorg moet zo zijn ontworpen dat het toegankelijkheid vergroot, inclusie bevordert en ondersteunt bij het bereiken van gezondheidsdoelen.
- Toegankelijkheid gaat verder dan techniek; ook taal, vertrouwen en ondersteuning doen ertoe.
- Digitale uitsluiting raakt niet alleen 'anderen'. Iedereen kan ermee te maken krijgen.
- Oplossingen vragen inzet van ontwikkelaars, zorgprofessionals, beleid én ondersteuning in de praktijk.

**Wat we digitaal ontwerpen, bepaalt mede wie toegang heeft tot zorg**

## Beleidsdilemma's op de vloer

### Een artistieke interventie in besluitvorming

Wat gebeurt er als een beleidsdilemma niet wordt besproken, maar gespeeld? In deze workshop werd een vraagstuk niet aan tafel uitgewerkt, maar op de vloer gebracht. Deelnemers stapten letterlijk in verschillende rollen rond een gezondheidsvraagstuk: patiënt, professional, beleidsmaker, bestuurder en zelfs de rooklobby. Door letterlijk van rol te wisselen, verandert wat je ziet, wat je belangrijk vindt en waar je verantwoordelijkheid voelt.

#### Waar het vaak vastloopt

In beleidsvraagstukken komt veel tegelijk samen. Iedereen handelt vanuit een eigen rol, verantwoordelijkheid en opdracht. Met de beste intenties, maar vaak langs elkaar heen. In deze artistieke interventie werd dat voelbaar. Besluiten bleken snel los te raken van degene om wie het gaat.

Ervaring van deelnemer in de rol van patiënt: *"Iedereen in het rollenspel probeert mij te helpen, maar niemand heeft aan mij gevraagd wat ik nodig heb."*

#### Wat zichtbaar werd

De oefening legde een aantal patronen bloot:

- Het is niet altijd helder wie welke rol heeft, waardoor aansluiting tussen organisaties lastig wordt.
- Veel mensen handelen primair vanuit hun eigen taak en verantwoordelijkheid.
- In discussies over wat werkt, worden vaak overtuigingen en aannames ingezet. In plaats daarvan is het beter om bewijs te baseren op data.
- Voor de patiënt draait het uiteindelijk om de vraag: wie staat er achter mij en wie is dichtbij? Zodat ik me gezien voel en mee mag doen.
- Zonder gedeeld doel raakt besluitvorming versnipperd, ook als iedereen goede intenties heeft.



#### Levend Parlement

##### **Wat je hiermee kunt doen in je eigen werk**

- Durf functies tijdelijk los te laten om het gezamenlijke doel scherper te krijgen.
- Maak expliciet vanuit welke rol of taak je spreekt. En welke perspectieven ontbreken.
- Vraag actief naar wat iemand nodig heeft, ook al denk je het te weten.
- Zoek oplossingen in systeemverandering, niet in het oppoetsen van een systeem.
- Gebruik rollenwissel om je in te leven en te ervaren hoe besluiten uitpakken.
- Gebruik data om richting te geven en toets wat die betekenen voor mensen in de praktijk.



# Je bent meer

*Lied wat Barbara Breedijk speciaal schreef voor het NKC*

Je bent meer dan je gewicht,  
Je hebt ook een bepaalde leeftijd  
je bent de lachrimpels op je gezicht

Je bent meer dan een patiënt  
Je bent een mens met een verhaal  
Je eigen normen en waarden  
en spreekt soms een andere taal

We streven naar gelijkwaardigheid  
zodat iedereen de kans krijgt  
om te leven in goede gezondheid

Je bent meer dan je lengte  
Je bent aan wie jij je hart verpand  
De man, vrouw of intersekse  
met wie je op straat loopt, hand in hand

Je bent meer dan een medisch dossier,  
Je bent; waar je wieg heeft gestaan,  
het land wat je moest ontvluchten  
de plek, waar je naartoe bent gegaan

We streven naar rechtvaardigheid  
zodat iedereen de kans krijgt  
om te leven in goede gezondheid

Je bent meer, je bent meer, je bent meer

Je bent meer dan een diagnose  
je bent de kleur van je huid,  
je eigen ontwikkeling en  
hoe jij je genderidentiteit uit

Je bent meer dan een statistiek  
Je bent je geloof, je spiritualiteit  
je tradities, je rituelen en je muziek

In een leven voor, met en na kanker  
is gezien worden, voor wie jij bent,  
het anker

Je bent meer

**Barbara Breedijk**

[Website Barbara](#)



# Ja, ik wil aan de slag met gelijkwaardigheid!

Bekijk, bestel of download dan de praktische jaarkalender.

Met 53 weken vol feiten, reflecties en acties helpt deze kalender je om gelijkwaardigheid een plek te geven in je dagelijkse werk.

[Bekijk of bestel de kalender](#)

