



Feiten en cijfers

In de leeftijd tussen 35 en 60 jaar hebben Hindoe-staanse Surinamers driemaal vaker hart- en vaatziekten dan Nederlanders (Hindoe-stanen 15%, Creolen 8%, autochtone Nederlanders 5%).

Een studie onder Amsterdamse Ghanezen laat zien dat 55% van hen hypertensie heeft, maar de helft zich hier niet van bewust is en slechts 15% adequaat wordt behandeld (Beune 2010).

De Nederlandse **richtlijnen** voor hypertensie houden slechts in beperkte mate rekening met etnische verschillen in risico op het ontwikkelen van hypertensie en complicaties.

Standaarden en richtlijnen over CRVM van het [NHG](#) en de [KNMP](#)

[Nationaal Kompas Volksgezondheid](#)

Meer informatie over [gezondheidsvaardigheden](#) (w.o. [zelfmanagement](#); ook van de [hart- en vaatgroep](#)).

Factsheet

Hart- en vaatziekten en hypertensie

Hart en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor 30% van alle sterfte in Nederland. Niet alle mensen lopen eenzelfde risico. Geringe gezondheidsvaardigheden (veroorzaakt door anderstaligheid, lage opleiding, lage sociaal-economische status) en etniciteit vormen een risicofactor voor ontstaan én complicaties van hart- en vaatziekten. Een voorbeeld: mannen met een lage opleiding hebben een zesmaal grotere kans op een hartinfarct dan de hoogst opgeleide mannen.

Risicofactoren

Leefstijlfactoren (overgewicht, roken, gebrek aan beweging, alcoholgebruik,) worden beïnvloed door opleiding, sociaal-economische omstandigheden en culturele achtergrond. Mensen met een lage opleiding en niet-westerse migranten hebben meer overgewicht en minder beweging dan hoogopgeleiden en autochtone Nederlanders; mannen van Turkse afkomst roken vaker dan andere mannen; alcoholgebruik daarentegen is niet hoger, en soms zelfs lager, onder laagopgeleiden en migranten.

Etnische verschillen in genetische aanleg spelen met name een rol bij hypertensie bij mensen van West-Afrikaanse en Zuid-Aziatische afkomst (India, Pakistan, Hindoe-staanse Surinamers).

Communicatie en voorlichting over behandeling en preventie sluit vaak niet aan bij opleidingsniveau, taal, kennis en opvattingen van laagopgeleide patiënten of migranten.

Laagopgeleide mensen en migranten hebben meer last van **stress** in het dagelijks leven. Hoe lager de sociaal-economische status hoe hoger de bloeddruk en de kans op voortijdig overlijden. Denk daarbij aan onmacht, opgekropte woede en het gevoel niet gelijk behandeld te worden.

Financiële barrières (eigen bijdragen en eigen risico) kunnen toegang tot adequate medicatie in de weg staan.

Hypertensie bij mensen met West- of Zuid-Afrikaanse wortels zoals Creolen, Antillianen, Ghanezen en Nigerianen is een ander, ernstiger, ziektebeeld dan bij mensen uit andere bevolkingsgroepen.

Bij mensen van West-Afrikaanse afkomst leidt hypertensie tot uitgebreidere orgaanschade op jonge leeftijd, m.n. tot nierfalen, hartfalen en hersenbloedingen.

Dik zijn is in veel niet-westerse culturen een teken van gezondheid, rijkdom en schoonheid.

[Pharostrainingen](#) over effectieve communicatie met laaggeletterden en niet-westerse migranten kunnen u helpen in het contact met patiënten.

Meer informatie vindt u op www.huisarts-migrant.nl



[Bronnen](#)

januari 2016

Laagopgeleiden en niet-westerse migranten hebben vaak **minder gezondheidsvaardigheden** en door al de bovengenoemde factoren is er sprake van twee tot driemaal zo vaak onjuist medicatiegebruik.

Belangrijk voor zorgverleners

Bepaal bij Hindoestanen, mensen afkomstig uit West- of zuidelijk Afrika vanaf hun 30^e jaar jaarlijks bloeddruk, BMI, middelomtrek, glucose, en lipiden.

Het verhoogde risico op 'maligne' hypertensie geldt voor mensen van West- of Zuid-Afrikaanse en Afro-Antilliaanse afkomst zoals Ghanezen, Nigerianen, Creolen en Antillianen.

Controleer bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd die afkomstig zijn uit West- of zuidelijk Afrika minimaal eenmaal per jaar de bloeddruk.

Bepaal bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders vanaf het 45e jaar elke drie jaar het glucosegehalte.

Niet voor alle niet-westerse bevolkingsgroepen zijn cijfers bekend. Het advies uit de NHG-standaard om bij migranten extra aandacht te besteden aan het correct uitvragen van de familieanamnese, is echter in alle gevallen relevant.

Bij het geven van leefstijladviezen moet rekening worden gehouden met culturele factoren (denk aan ziektebeleving of sociale druk - afslaan van voedsel kan als zeer beledigend worden ervaren, waar niet alleen de persoon zelf, maar ook diens familie op aangesproken kan worden) en met het ontbreken van gezondheidsvaardigheden.

Afro-Surinaamse en Ghanese patiënten schrijven de oorzaak van hoge bloeddruk vaak toe aan stress als gevolg van migratie of aanpassingen aan het klimaat en het leven in Nederland. Patiënten blijken zélf te beslissen hoe zij met hun hypertensie omgaan en volgen niet simpelweg adviezen van hun arts op. Culturele en migratie-gebonden factoren spelen een rol bij deze besluitvorming.

