

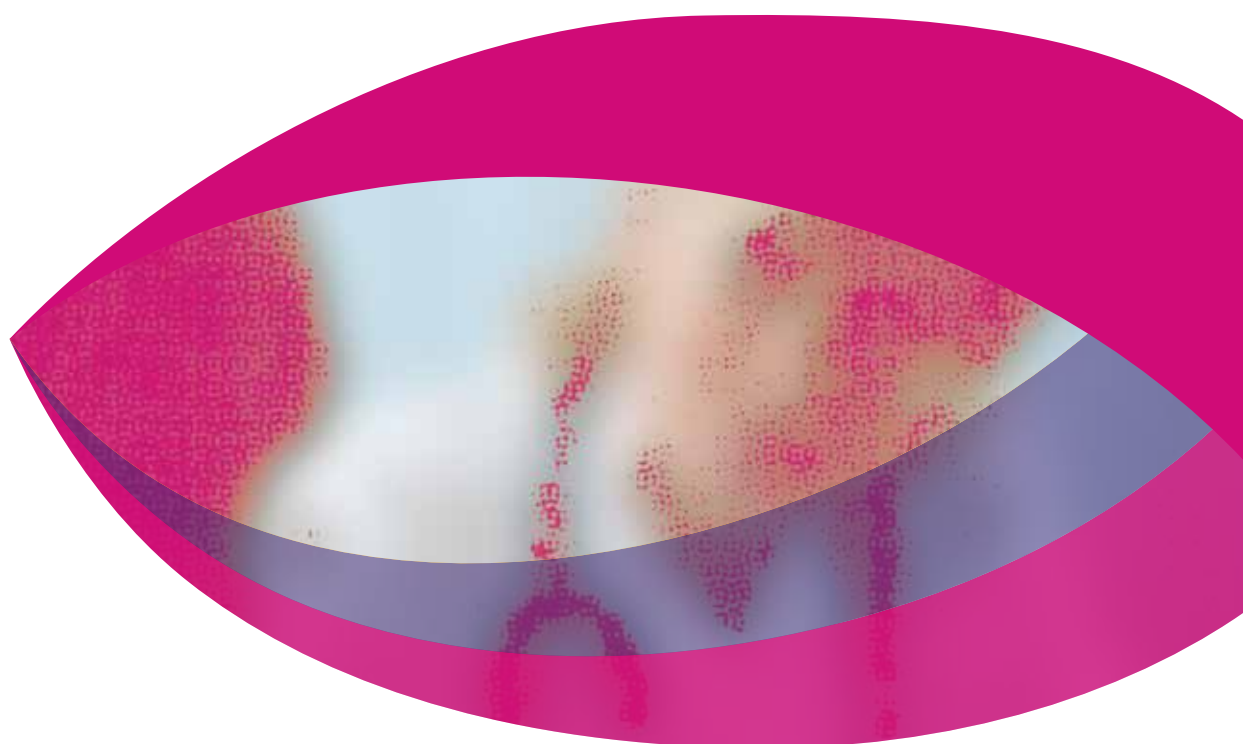


## **Ziekenhuiszorg voor migranten**

*Optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid*

dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh et al.





# **Ziekenhuiszorg voor migranten**

*Optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid*

dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh et al.

# Ziekenhuiszorg voor migranten

*Optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid*

## colofon

### Auteurs:

dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh,  
drs. M.T.M. van Berkum MSM,  
drs. R.F.M. van Bokhoven,  
drs. E.N.C. Smulders,  
drs. M.A.C. Stockmann MA

**Uitgave:** Pharos

**Contact:** [bcziekenhuiszorg@pharos.nl](mailto:bcziekenhuiszorg@pharos.nl)

**Vormgeving:** IJzersterk Grafisch Ontwerp, Rotterdam

Deze publicatie is in opdracht en met financiering van ZonMw gemaakt.

**ISBN:** 978-90-75955-80-4

© Pharos, Utrecht 2013. Overname van (gedeelten) tekst is toegestaan, mits met juiste bronvermelding. Indien tekst gebruikt wordt voor commerciële doelstellingen dient altijd vooraf schriftelijke toestemming verkregen te worden.



## Samenvatting

# Ziekenhuiszorg voor migranten: optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid

Ziekenhuizen zoeken steeds naar innovaties die de kwaliteit en effectiviteit van zorg verhogen en kosten verlagen. 20% van de patiënten in Nederland heeft een migrantenachtergrond, van wie meer dan de helft van niet-westerse afkomst. Deze groep patiënten scoort systematisch lager op kwaliteit en doelmatigheid van zorg en patiënttevredenheid. Met relatief weinig investering kan verbetering bereikt worden in de resultaten van ziekenhuizen bij deze groep patiënten. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee bezig. In de kern gaat het daarbij om patiëntgerichte zorg die aandacht heeft voor en inspeelt op de specifieke kenmerken en context van de individuele patiënt. Ervaringen in onder andere de Verenigde Staten laten zien dat zo'n benadering leidt tot betere uitkomsten. Een en ander is voor ZonMw (Programma Winst door Verschil) en Pharos aanleiding geweest om via een tweetal businesscases inzichtelijk te maken welke verbeteringen denkbaar zijn in de ziekenhuiszorg voor migranten en wat daarvan de mogelijke opbrengst is.

### Businesscase: ligduur en heropnames

Bij niet-westerse migranten is vaak sprake van een langere ligduur. Ook blijkt dat onder niet-westerse migranten meer heropnames plaatsvinden. Een interventie voor een verbeterde ontslagprocedure die ontwikkeld is in de Verenigde Staten bleek het aantal heropnames sterk terug te dringen. De interventie bestaat uit verbeteren van kennis en zelfmanagement bij de patiënt, inzet van speciaal getrainde verpleegkundigen, follow-up van de patiënt na ontslag en betere overdracht naar de huisarts. De interventie vraagt om een investering van 552.500 euro over vijf jaar, maar kan een groot stadsziekenhuis met 50% niet-westerse migranten over die zelfde periode 6,5 miljoen euro aan kostenbesparing opleveren.

5

### Businesscase: diabeteszorg

Migranten hebben twee tot vier keer zo vaak diabetes mellitus als andere Nederlanders, de uitkomsten van zorg bij deze groep zijn slechter, terwijl zij meer beroep doen op de zorg. Een combinatie van interventies (versterking zelfmanagement, vergroting van kennis, individueel actieplan, aanpassen voorlichtingsmateriaal) kan leiden tot effectievere diabeteszorg voor migranten. Voor een groot stadsziekenhuis met 50% niet-westerse migranten levert een investering in deze interventies van 550.000 euro over vijf jaar een netto besparing op van ruim 1,25 miljoen euro. Daarnaast kan de investering leiden tot een gezondheidswinst in QALY's, uit te drukken in 3 miljoen euro in vijf jaar en een toename van arbeidsparticipatie van de betrokken patiënten.

### Conclusie

Beide casussen maken duidelijk dat het mogelijk is ongewenste verschillen in ziekenhuiszorg voor migranten terug te dringen. De investeringen zijn relatief eenvoudig en niet heel kostbaar. De opbrengst voor kwaliteit en uitkomsten van zorg, kostenbesparing en patiënttevredenheid is zeker de moeite waard. Dat geldt ook voor wat in feite het belangrijkste is: de verbetering van de kwaliteit van leven van betrokken patiënten.



## Voorwoord

In deze publicatie leest u wat de opbrengst kan zijn van verbeteringen in de ziekenhuiszorg voor migranten. Twee businesscases maken voor bestuurders en managers aannemelijk dat winst kan worden geboekt op de kwaliteit en uitkomsten van zorg met gelijktijdige kostenbesparing.

Pharos heeft deze publicatie gemaakt in opdracht en met financiering van ZonMw. Doel ervan is inspiratie te bieden aan ziekenhuizen in hun streven de zorg aan deze cliënten verder te verbeteren. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee bezig, sommige staan nog aan het begin. Voor deze publicatie zijn wij veel dank verschuldigd aan diverse medewerkers van ziekenhuizen die actief zijn op dit terrein en met wie wij van gedachten hebben gewisseld over hun bevindingen.

Businesscases zijn altijd abstracties van de werkelijkheid. De realiteit van ziekenhuizen is complex, de financiering is aan verandering onderhevig. Daarnaast verschillen ziekenhuizen onderling van elkaar. Niettemin geven de businesscases goede aanknopingspunten.

ZonMw wil de komende periode een aantal ziekenhuizen de kans geven interventies voor het optimaliseren van zorg aan migrantencliënten in hun reguliere zorg in te zetten en verder te onderbouwen. We hopen dat deze publicatie daartoe inspiratie biedt.

Drs. M.T.M. van Berkum MSM  
Directeur Pharos

# Inhoudsopgave



## Hoofdstuk 1

### Inleiding

Aard en omvang van de problematiek	11
Oorzaken	12
Kernelementen voor verbetering	13
Twee businesscases	13
Conclusie	13

8



## Hoofdstuk 2

### Businesscase terugdringen ligduur en heropnames van niet-westerse patiënten

Aard en omvang van het probleem	15
Oorzaken van het probleem	16
Interventie	16
Kosten van deze interventie in een Nederlands ziekenhuis	17
Kosten voor uitvoering interventie gedurende vijf jaar	18
Te verwachten opbrengst van de interventie	19
Conclusie	19





### Hoofdstuk 3

#### **Businesscase optimalisering van ziekenhuiszorg voor migranten met diabetes**

Aard en omvang van het probleem	21
Oorzaken van het probleem	22
Interventie	22
Kosten van deze interventie in een Nederlands ziekenhuis	23
Kosten voor uitvoering interventie gedurende vijf jaar	24
Te verwachten opbrengst van de interventie	25
Conclusie	26



### Hoofdstuk 4

#### **Conclusie** 27



#### **Literatuurlijst** 29

#### **Bijlage**

Voorbeelden van interventies die kunnen bijdragen aan de verbetering van ziekenhuiszorg voor migranten	37
--	----

<b>Literatuurlijst bijlage</b>	48
--------------------------------	----



# Hoofdstuk 1

## Inleiding

Ziekenhuizen zijn steeds op zoek naar innovaties die de kwaliteit en effectiviteit van zorg verhogen en kosten verlagen. Daarbij spelen zij in op de demografische ontwikkelingen en de samenstelling van hun patiëntenbestand. 20% procent van de patiënten in Nederland heeft een migrantenachtergrond, van wie meer dan de helft van niet-westerse afkomst. Deze groep patiënten scoort systematisch lager op de voor ziekenhuizen belangrijke parameters, te weten:

- Kwaliteit en uitkomsten van zorg (patiëntuitkomsten en patiëntveiligheid)
- Doelmatigheid van zorg en kostenbeheersing
- Patiënttevredenheid

Met relatief weinig investering kan verbetering bereikt worden op de resultaten van ziekenhuizen bij deze groep patiënten. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee bezig. In de kern gaat het daarbij om patiëntgerichte zorg die aandacht heeft voor en inspeelt op de specifieke kenmerken en context van de individuele patiënt. Ervaringen in onder andere de Verenigde Staten laten zien dat zo'n benadering leidt tot betere uitkomsten.<sup>1-5</sup> Een en ander is voor ZonMw (Programma Winst door Verschil) en Pharos aanleiding geweest om via een tweetal businesscases inzichtelijk te maken welke verbeteringen denkbaar zijn in de ziekenhuiszorg voor migranten en wat daarvan de mogelijke opbrengst is. In deze publicatie leest u daar meer over.

Berekeningen in businesscases zijn altijd een abstractie van de werkelijkheid. Ziekenhuizen verschillen onderling ook van elkaar. Doel van deze businesscases is inspiratie te bieden aan ziekenhuizen in hun streven de zorg aan deze cliënten verder te verbeteren.

### Aard en omvang van de problematiek

Een lage sociaal-economische status, laaggeletterdheid en een migrantenachtergrond zijn risicofactoren voor slechtere uitkomsten van zorg, hogere zorgkosten en lagere patiënttevredenheid.<sup>6-21</sup> Van de niet-westerse migranten in Nederland is 30% laaggeletterd.<sup>22</sup>

### *Gezondheid, kwaliteit en uitkomsten van zorg*

Migranten en laaggeletterden hebben een minder goede gezondheid, blijkt uit diverse nationale en internationale onderzoeken. Mensen met een niet-westerse achtergrond hebben 22% meer chronische aandoeningen (onder andere twee- tot viermaal vaker Diabetes Mellitus).<sup>23,24</sup> Laaggeletterden hebben zesmaal vaker cardiovasculaire aandoeningen.<sup>25</sup> Migranten hebben daarnaast een grotere kans op minder goede uitkomsten en lagere kwaliteit van zorg. Zo hebben zij meer complicaties bij cardiovasculaire aandoeningen en diabetes<sup>9</sup>, meer vermijdbare sterfte<sup>10</sup> en slechtere uitkomsten van zorg bij kanker.<sup>26</sup> Onder laaggeletterden en migranten komen ook meer 'adverse events' voor, dat wil zeggen incidenten waarbij de patiëntveiligheid in het geding is, zoals complicaties van behandeling.<sup>13,17,18,27</sup> Tevens is er bij hen sprake van hogere perinatale sterfte en maternale morbiditeit.<sup>14</sup>

### Doelmatig gebruik van zorg

Bij laaggeletterden en migranten is sprake van ander en minder doelmatig gebruik van zorg. Zij doen minder vaak mee aan preventieve activiteiten, zoals het bevolkingsonderzoek.<sup>12,15,28,29</sup> Niet-westerse migranten met diabetes bezoeken tweemaal zo vaak de polikliniek<sup>7</sup> en het percentage zelfverwijzers op de spoedeisende eerste hulp (SEH) onder deze groep is erg hoog.<sup>30</sup> Daarnaast bezoeken migranten de huisarts gemiddeld 30% vaker dan autochtone Nederlanders.<sup>31</sup>

### Patiënttevredenheid

Uit de schaars beschikbare onderzoeken komt naar voren dat migranten over het algemeen minder tevreden zijn over de zorg dan andere patiënten. Ze zijn met name ontevreden over de bejegening en de communicatie, de beperkte consulttijd en de voorlichting.<sup>13, 32</sup>

### Oorzaken

Genoemde verschillen worden veroorzaakt door meerdere factoren aan de kant van patiënten, zorgverleners en ziekenhuisorganisatie:

- Bij migrantenpatiënten (met name bij lager opgeleiden) is veelal sprake van minder kennis, zelfmanagement en therapietrouw. Zij hebben vaak ook andere verwachtingen van zorg. Daarnaast spelen leefstijlfactoren een rol.<sup>11,12,17,18,29,33-36</sup>
- Zorgverleners hebben nog onvoldoende specifieke kennis op het gebied van diagnostiek (zoals andere richtlijnen voor opsporing van hypertensie bij mensen van West-Afrikaanse herkomst) en behandeling (bijvoorbeeld bij deze groep een andere keuze van medicijnen vanwege genetische verschillen).<sup>37-38</sup> Kennis over genetische, etnisch-culturele en sociaal-economische verschillen wordt nog onvoldoende meegenomen in richtlijnen/standaarden, zorgprogramma's en opleidingen.<sup>1,39-41</sup> De laatste jaren is een kentering te zien, maar deze ontwikkeling staat nog aan het begin.
- Communicatie tussen zorgverleners en deze patiënten verloopt vaak onvoldoende effectief. Er zijn veel misverstanden door taal, laaggeletterdheid en andere verwachtingen van zorg.<sup>1,13,18,20,42-44</sup> Met name laaggeletterde migrantenpatiënten hebben intensievere instructie en begeleiding nodig.<sup>45</sup> Voorlichting en voorlichtingsmateriaal zijn vaak onvoldoende afgestemd op het niveau van deze patiënten.<sup>45</sup>
- Migranten zijn minder vaak betrokken bij beoordelingen van de zorg (zoals via de CQ-index en patiëntenpanels). Hierdoor worden hun ervaringen onvoldoende gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.<sup>46,47</sup>

Oorzaken liggen dus zowel bij patiënten als bij de zorg, die nog meer afgestemd kan worden op de specifieke kenmerken van deze patiënten. Veel ziekenhuizen hebben hierin al verbeteringen doorgevoerd, maar dit proces kan versterkt en versneld worden.

## Kernelementen voor verbetering

Het is dus zinvol te investeren in het effectiever en doelmatiger maken van reguliere ziekenhuiszorg voor bovengenoemde groep. Hiermee kunnen ziekenhuizen sturen op betere uitkomsten van zorg, kostenbesparing en hogere patiënttevredenheid. Dat lijkt goed mogelijk zo blijkt in de Verenigde Staten, waar sinds tien jaar gestuurd wordt op aandacht voor etnische diversiteit in de gezondheidszorg.<sup>48,49</sup> In Europees verband is enkele jaren geleden het project Migrant Friendly Hospital gestart met dit doel.<sup>16,50</sup> Ook in Nederland zijn er goede voorbeelden in diverse ziekenhuizen (onder andere in de Randstad, maar ook elders in Nederland) van initiatieven die de zorg voor deze groepen verbeteren.

Succesvolle interventies richten zich doorgaans op een combinatie van de bovengenoemde oorzaken van verschillen.

Kernelementen voor effectievere ziekenhuiszorg voor migranten blijken te zijn:<sup>1,3-5,16,48,49</sup>

1. Versterking van kennis, zelfmanagement, therapietrouw en participatie van patiënten.<sup>51-57</sup>
2. Verbeteren van kennis over etnische gezondheidsverschillen en van cultuursensitieve communicatievaardigheden van zorgverleners.<sup>5,42,43,58-62</sup>
3. Persoonsgerichte cultuursensitieve begeleiding, doorgaans door verpleegkundigen.<sup>49</sup>
4. Aanpassing van voorlichting en ontslagprocedure.<sup>26,45,51,60,61</sup>

## Twee businesscases

In twee businesscases werken we uit hoe ziekenhuiszorg voor migranten met inzet van deze elementen verbeterd kan worden. Het gaat om een businesscase op het gebied van ligduur en heropnames en een businesscase op het gebied van diabeteszorg. Hierin wordt aannemelijk gemaakt dat met relatief goedkope interventies winst geboekt kan worden op de kwaliteit en uitkomsten van zorg en tegelijkertijd een kostenbesparing kan worden gerealiseerd.

De eerste casus maakt aannemelijk dat de langere ligduur en het grotere aantal heropnames voor niet-westerse migranten teruggebracht kan worden tot het niveau van overige patiënten. Een groot stadsziekenhuis met veel migrantenpatiënten kan op deze manier in vijf jaar tijd netto zo'n 5,9 miljoen euro besparen. Daarnaast wordt duidelijk dat er maatschappelijke winst te behalen is op een breder terrein.

De casus over diabeteszorg laat zien dat effectievere ziekenhuiszorg voor migranten een besparing kan opleveren van netto 1,25 miljoen euro, eveneens over een periode van vijf jaar in een vergelijkbaar ziekenhuis.

## Conclusie

Het is mogelijk ongewenste verschillen in ziekenhuiszorg voor migranten terug te dringen. De benodigde investeringen zijn relatief eenvoudig en de kosten zijn beperkt. De opbrengst voor kwaliteit en uitkomsten van zorg, kostenbesparing en patiënttevredenheid is zeker de moeite waard. Dat geldt ook voor wat in feite het belangrijkste is: de opbrengst voor de kwaliteit van leven van betrokken patiënten.



## Hoofdstuk 2

# Businesscase terugdringen ligduur en heropnames van niet-westerse patiënten

### Aard en omvang van het probleem

Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bleek dat niet-westerse patiënten significant vaker worden heropgenomen en significant vaker langer in het ziekenhuis liggen dan verwacht kon worden op grond van leeftijd, diagnose en behandeling.<sup>63</sup> Een langer dan gemiddelde ligduur en meer heropnames worden gezien als grove indicatoren voor een lagere patiëntveiligheid en daarmee voor lagere kwaliteit van zorg.<sup>63</sup> Bovendien zijn hier aanzienlijke kosten aan verbonden voor ziekenhuizen en voor de gezondheidszorg als geheel.

Aangezien etniciteit niet geregistreerd wordt in patiëntendossiers, zijn niet zonder meer gegevens bekend over ligduur en heropname in relatie tot etniciteit. De afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC heeft in samenwerking met VUmc en het RIVM in 2009 ligduur en heropnames onderzocht voor patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en 'overige niet-westerse' herkomst.<sup>63,21</sup> Onderstaande is gebaseerd op deze data. De onderzoekers bestudeerden alle opnames in Nederlandse ziekenhuizen tussen 1995 en 2005, uitgezonderd zwangerschapsgerelateerde opnames en opnames in categorale ziekenhuizen en op psychiatrische afdelingen. Deze gegevens uit de Landelijke Medische Registratie werden gekoppeld met gegevens uit de Gemeentelijke Basis Administratie over etnische herkomst (geboorteland van betrokkene en van ouders). De data werden gecorrigeerd voor leeftijd en sociaal-economische klasse.

Jaarlijks werden er ongeveer 90.000 niet-westerse migranten in het ziekenhuis opgenomen. Bij 27% van deze opnames was sprake van een *verlengde ligduur* met minimaal drie dagen (versus 17% van de opnames van overige patiënten). Het 10% surplus aan opnames met een langere ligduur van minimaal drie dagen bij niet-westerse migranten betrof dus 9000 opnames x drie dagen = 27.000 ligdagen extra bij niet-westerse migranten. Uitgaande van een gemiddelde dagprijs van 500<sup>1</sup> euro, betekent dit dus 13,5 miljoen euro extra kosten per jaar voor heel Nederland.

---

1 De gemiddelde integrale kostprijs voor een ligdag is € 1800. We hanteren hier de marginale kostprijs.

Het *risico op heropname* binnen dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis bleek verhoogd onder niet-westerse migranten, met name onder Surinaamse en Antilliaanse patiënten. Hoewel er verschillen waren tussen de groepen niet-westerse migranten onderling en tussen verschillende leeftijdsgroepen, werd vastgesteld dat onder niet-westerse migranten ruwweg 20% meer heropnames plaatsvonden.<sup>63</sup> Het percentage heropnames bij andere Nederlanders bedroeg 2,9%. Bij een totaal aantal opnames van niet-westerse migranten van 90.000 per jaar, gaat het om 540 extra heropnames vergeleken met andere Nederlandse patiënten. Uitgaande van geschatte kosten per heropname (minimaal twee ligdagen en onderzoeken) van 2500 euro betekent dit landelijk bijna 1,4 miljoen euro per jaar.

De kosten van extra heropnames en langere ligduur ten gevolge van etnische verschillen bedragen dus in totaal per jaar 14,9 miljoen euro voor alle honderd ziekenhuizen in Nederland met een gemiddeld percentage niet-westerse migranten van 11% (www.CBS.statline). Teruggerekend naar één ziekenhuis met dit gemiddelde percentage aan niet-westerse migranten betekent dat 149.000 euro per jaar. Nemen we een groot stadsziekenhuis met tweemaal zoveel patiënten in het adherentiegebied als gemiddeld, van wie 50% migranten, dan zou het dan gaan om ruim 1,3 miljoen euro per jaar extra kosten aan langere ligduur en heropnames.

## 16

### Oorzaken van het probleem

Uit zowel internationaal als Nederlands onderzoek blijkt dat ook hier dezelfde factoren als genoemd in hoofdstuk 1 een rol spelen.<sup>27,64,65,66,67,68</sup>

- Patiënten weten onvoldoende van hun ziekte, de behandeling en de vereiste zelfzorg, waardoor zelfmanagement en therapietrouw moeizamer zijn (leidend tot langere opname en heropname door tekortschietende zorg thuis). Dit heeft weer te maken met het gegeven dat communicatie en voorlichting onvoldoende op hun opleiding en taalniveau aansluiten.
- Gebrek aan kennis bij professionals over relevante etnische verschillen in ziekte en/of reactie op medicatie (waardoor bijvoorbeeld onverwachte bijwerkingen kunnen optreden bij cardiale medicatie).
- Gebrekkige continuïteit van zorg tussen ziekenhuis en eerstelijns, waardoor zorg thuis niet tijdig of adequaat gegarandeerd kan worden.

### Interventie

In de Verenigde Staten is een interventie ontwikkeld voor een verbeterde ontslagprocedure. De Re-Engineered Discharge toolkit (RED) is speciaal ontwikkeld voor ziekenhuizen met een etnisch diverse populatie en grijpt in op een combinatie van bovengenoemde factoren (zie [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)).



Deze verbeterde ontslagprocedure omvat:

- Verbetering van kennis en zelfmanagement van de patiënt door cultuursensitieve voorlichting gedurende de hele opname over de ziekte, de behandeling en de benodigde zelfzorg na ontslag. De voorlichting is aangepast aan het opleidings- en taalniveau en de achtergrond van de individuele patiënt.
- De patiënten krijgen een persoonlijk instructieboekje: het *'After Hospital Care Plan'*. Hierin vindt de patiënt data voor controles en laboratoriumonderzoek, een afsprakenkalender, een kleurgecodeerd medicatieschema en andere nuttige informatie.
- Inzet van verpleegkundigen bij het regelen van controle-afspraken, het bevestigen en oefenen van de medicatie-inname en het leren begrijpen van de ziekte. De verpleegkundigen worden speciaal geschoold in kennis over etnische gezondheidsverschillen en in cultuursensitieve communicatie.
- De patiënt wordt twee tot vier dagen na ontslag gebeld om het medicatieschema te bevestigen en eventuele vragen te beantwoorden.
- Optimalisering van informatie-uitwisseling met de huisarts en andere betrokken artsen, inclusief een schriftelijk ontslagplan en vroegtijdige inventarisatie van zorgmogelijkheden thuis.

Deze aanpak blijkt kosteneffectief het aantal heropnames en bezoeken aan de SEH terug te dringen.<sup>27,68</sup> Naast de specifiek op ontslag gerichte procedure is van belang dat medewerkers adequaat geschoold zijn in communicatie en etnische gezondheidsverschillen en dat het voorlichtingsmateriaal aangepast is aan laaggeletterden en anderstaligen.

In Nederland blijken dezelfde factoren een rol te spelen in de langere opnameduur en frequentere heropnames als in de Verenigde Staten. Het is dan ook aannemelijk dat deze interventie ook in de Nederlandse situatie effectief zal zijn.

### **Kosten van deze interventie in een Nederlands ziekenhuis**

Als voorbeeld nemen we een groot stadsziekenhuis met 50% niet-westerse migranten in een adherentiegebied van 200.000 mensen. Op basis van de landelijke gegevens uit 2005 komen we tot de volgende berekening. In 2005 werden landelijk 90.000 niet-westerse migranten opgenomen in de ongeveer 100 Nederlandse ziekenhuizen. Dat wil zeggen: ruim 900 opnames per ziekenhuis met het landelijke gemiddelde van 11% migranten. In ons voorbeeldziekenhuis met een tweemaal groter dan gemiddeld adherentiegebied en 50% migranten zou het dan gaan om 8100 opnames. Bij de berekening van kosten en opbrengsten van de interventie gaan we dus uit van 8100 opnames van migrantenpatiënten per jaar.

## Kosten voor uitvoering interventie gedurende vijf jaar

Aanpassing voorlichtingsmateriaal en medicatiebijsluiters en -etiketten	€ 15.000
Ontwikkeling persoonlijk instructieboekje	€ 5.000
Scholing medewerkers (verpleegkundigen, artsen en apothekers) in cultuursensitieve communicatie, etnische gezondheidsverschillen en bevordering van zelfmanagement:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>algemene scholing 150 medewerkers 4 dagdelen met 15 deelnemers à € 1.000<sup>1</sup></li> </ul>	€ 40.000
<ul style="list-style-type: none"> <li>extra training 20 verpleegkundigen in twee groepen 5 dagdelen plus 5 supervisiebijeenkomsten</li> </ul>	€ 20.000
<b>Enmalige kosten</b>	<b>€ 80.000</b>
Extra personeelsinzet: hoewel het niet zozeer gaat om méér tijd, maar vooral om meer deskundige communicatie en bevordering van zelfzorg, kosten het schrijven van het ontslagplan, de voorlichting en nazorg meer tijd.	
Uitgaande van gemiddeld 20 minuten extra tijd van de verpleegkundige per opname, betekent dit 2700 extra uren à € 35 <sup>2</sup> = € 94.500 (exclusief overhead en kapitaallasten).	
Voor 5 jaar bedragen de kosten:	€ 472.500
<b>Totale investering ziekenhuis in vijf jaar:</b>	<b>€ 552.500</b>

18

1. Aantal dagdelen gebaseerd op ervaringen RED
2. Verpleegkundige HBO, niveau 5 (schaal 50, anciënniteit 10)

## **Te verwachten opbrengst van de interventie**

### *Financiële opbrengsten*

In Boston leidde de implementatie van de verbeterde ontslagprocedure tot een vermindering van de heropnames van 30% in de groep betrokken patiënten<sup>68</sup>, overwegend migrantenpatiënten. In dit onderzoek is niet gekeken naar ligduur. Aangezien dezelfde factoren verantwoordelijk zijn voor een langere ligduur bij migranten als voor frequente heropnames, lijkt het aannemelijk dat deze interventie ook effectief zal zijn in het terugdringen van de langere ligduur van migranten.

We gaan ervan uit dat in Nederland een vergelijkbaar effect van de interventie bereikt kan worden als in de Verenigde Staten. Hier zijn immers dezelfde factoren verantwoordelijk voor het grotere aantal heropnames en de langere ligduur onder migrantencliënten. Het aantal heropnames en de ligduur onder migrantenpatiënten komen daarmee, met een voorzichtige schatting, op hetzelfde niveau als bij andere patiënten.

Hierboven hadden we berekend dat de kosten van extra heropnames en langere ligduur ten gevolge van etnische verschillen voor een groot stadsziekenhuis met 50% migranten ongeveer 1,3 miljoen euro per jaar bedragen. Al met al zou dit voor het groot stadsziekenhuis uit ons voorbeeld betekenen dat een investering van 552.500 euro in vijf jaar tijd een kostenbesparing zou opleveren van 6,5 miljoen euro en aldus een netto kostenbesparing van ongeveer 5,9 miljoen euro.

### *Overige maatschappelijke opbrengsten*

Te verwachten valt een winst aan kwaliteit van leven en vergroting van arbeidsparticipatie door verkorting van ligduur en vermindering van heropnames. Hier zijn geen onderzoeksgegevens over beschikbaar.

### **Conclusie**

In deze businesscase is aannemelijk gemaakt dat een investering van 552.500 euro door een groot stadsziekenhuis kan leiden tot het terugbrengen van de ligduur en het aantal heropnames voor niet-westerse migranten tot het niveau van overige patiënten. Tegelijkertijd wordt over een periode van vijf jaar een kostenbesparing bereikt van 6,5 miljoen euro, netto dus 5,9 miljoen euro.



## Hoofdstuk 3

### Businesscase optimalisering van ziekenhuiszorg voor migranten met diabetes

Uit onderzoek is bekend dat de uitkomsten van zorg en behandeling bij migranten met diabetes mellitus (DM) slechter zijn dan bij andere patiënten, terwijl zij vaker een internist bezoeken. Zij hebben vaker en op jongere leeftijd complicaties.<sup>9</sup> Migranten met DM doen een groter beroep op de gezondheidszorg: het aantal ziekenhuisbezoeken gerelateerd aan DM ligt voor niet-westerse patiënten twee maal hoger dan voor andere Nederlanders.

#### Aard en omvang van het probleem

Migranten lijden twee tot vier keer vaker aan diabetes mellitus dan andere Nederlanders.<sup>12</sup> Hindoestanen hebben een acht maal grotere kans op DM type 2: een kwart van de Hindoestanen in Nederland tussen de 35 en 60 jaar heeft DM.<sup>69</sup> Bij Turken en Marokkanen in Amsterdam (leeftijd 18-70 jaar) is de prevalentie twee tot drie keer zo groot als onder autochtone Nederlanders.

Niet alleen de prevalentie, maar ook de stijging van diabetes mellitus is onder migranten groter. Deze stijging vindt vooral plaats onder de eerste generatie niet-westerse migranten met diabetes type 2 (een stijging van 4,8% in 2010 naar 10,3% in 2011).

21

Tabel 2.1: Prevalentie van diabetes mellitus naar herkomst

Persoonskenmerken		DM type 1		DM type 2	
		2010	2011	2010	2011
autochtoon		0,8	1	3,2	3,4
westers allochtoon	Totaal	1	0,7	4,1	5,2
	1e generatie	1,2	0,9	3,9	8,2
	2e generatie	0,8	0,6	4,1	3,5
niet-westers allochtoon	Totaal	1,4	0,3	2,9	5,9
	1e generatie	2,3	0,5	4,8	10,3
	2e generatie	0,3	0	0,3	0,4

Bron CBS, Statline 31-5-2013

In 2012 waren er volgens het CBS 1.937.651 niet-westerse migranten in Nederland (eerste en tweede generatie). Uitgaande van de prevalentie in 2011 van 6,2% in deze groep (eerste en tweede generatie samen voor DM type 1 en 2) betekent dit een aantal van 120.134 niet-westerse migranten met diabetes mellitus.

Complicaties komen significant vaker voor. Bij Hindoestanen worden vaker, en al op jonge leeftijd, cardiovasculaire complicaties gezien. Ook hebben zij een hoger risico op het ont-

wikkelen van nieraandoeningen: drie maal zo grote kans op nierschade en zelfs 40 maal zo grote kans op eindstadium nierfalen.<sup>69</sup>

Ook mensen van Creools-Surinaamse en Antilliaanse afkomst hebben een hoger risico op nieraandoeningen en daarnaast een hoger risico op netvliesandoeningen.<sup>9</sup>

Turken en Marokkanen hebben bij dezelfde zorg een meer dan twee keer zo groot risico op een HbA1c-waarde groter dan 70 mmol/liter als autochtone Nederlanders.<sup>70,71,72</sup>

Zoals eerder gesteld bezoeken migranten met diabetes mellitus het ziekenhuis tweemaal zo vaak als andere Nederlanders met dezelfde aandoening.<sup>7</sup>

### Oorzaken van het probleem

- De grotere *prevalentie* van diabetes mellitus kent verschillende oorzaken: genetische en leefstijlverschillen, leefomstandigheden en minder effectieve preventie en zorg.<sup>9</sup>
- De slechtere *uitkomsten* van zorg bij migranten worden verklaard uit vergelijkbare factoren als in hoofdstuk 1 genoemd zijn:
  - De kennis van het lichaam is bij veel niet-westerse migrantenpatiënten aanzienlijk lager, zo blijkt uit onderzoek en uit ervaring in het Slotervaartziekenhuis en andere ziekenhuizen die veel ervaring hebben met deze groep patiënten.
  - Een geringer vermogen tot zelfmanagement is verantwoordelijk voor ongeveer 30% van de verschillen.<sup>35</sup>
  - Een geringere therapietrouw bij migranten die slecht Nederlands spreken.<sup>73</sup>
  - Onvoldoende kennis over etnische verschillen en onvoldoende cultuursensitieve communicatievaardigheden bij zorgverleners om op niveau met deze migranten te communiceren en zelfmanagement te bevorderen.
- Het *grotere beroep op gezondheidszorg* door migranten met diabetes mellitus wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat de gangbare zorg onvoldoende inspeelt op het kennis- en opleidingsniveau en het vermogen tot zelfmanagement van migranten.<sup>7,35</sup>

22

### Interventie

Uit internationaal onderzoek (VS, UK) blijkt dat interventies in het ziekenhuis die zich richten op een combinatie van factoren kunnen leiden tot winst op het gebied van gezondheidsuitkomsten, zorggebruik en patiënttevredenheid.<sup>13,49,74,75,76,77</sup>

Een voorbeeld van een effectieve interventie is te vinden in de RCT (randomized controlled trial) van Gary. De interventiegroep ontving cultuursensitieve en persoonlijke zorg (personalized care) van een verpleegkundige casemanager in samenwerking met een community health worker (eerstelijns zorgverlener). Er vond geregeld feedback naar de eerstelijns plaats. De klinische gegevens van de patiënten werden vastgelegd en beoordeeld met behulp van evidence based beslisschema's. Hierbij leidden bepaalde uitkomsten tot actie van de verpleegkundigen en tot aanpassing van het persoonlijk actieplan. Na twee jaar waren er in de interventiegroep 23% minder bezoeken aan de SEH en de helft minder ziekenhuisopnames – hetgeen wijst op minder frequente, ernstige ontregelingen van de diabetes. De HB1Ac-waarden (een maat voor de instelling van de suiker op langere

termijn) verbeterden dan ook. Hoe intensiever de begeleiding, hoe groter het positieve effect.<sup>53</sup> Deze aanpak lijkt de moeite waard om te vertalen naar de Nederlandse situatie en lijkt inpasbaar in onze ketenzorg.

Nederlandse interventiestudies gericht op verbetering van de diabeteszorg voor migranten zijn schaars. Ook daar zijn echter voldoende aanwijzingen om aan te nemen dat een gerichte aanpak kan leiden tot reductie van de verschillen.

### *Gecombineerde interventie*

Het onderzoek van Gary en ervaringen elders maken het aannemelijk dat de volgende interventie tot effectievere diabeteszorg voor migranten leidt (uiteraard in aanvulling op de gangbare diabeteszorg volgens de zorgstandaard). De interventie bestaat uit een aantal onderdelen, waarin de kernelementen voor verbetering die in hoofdstuk 1 genoemd zijn te herkennen zijn:

1. Versterking zelfmanagement en therapietrouw door op de betrokken migranten afgestemde telefonische en digitale ondersteuning. In een trial in San Francisco leidde deze inzet tot verbetering van het gezondheidsgedrag en ervaren gezondheid.<sup>78</sup>
2. Vergroting van kennis over etnische gezondheidsverschillen, versterking van de vaardigheden voor cultuursensitieve communicatie met laaggeletterde migranten en zelfmanagement-ondersteuning. Het betreft hier kennis en vaardigheden van de casemanager/diabetesverpleegkundigen op de polikliniek, internisten en verpleegkundigen in de eerstelijns.<sup>79</sup>
3. Een individueel actieplan (zoals bedoeld in de zorgstandaard, maar nog weinig gebruikt) voor elke patiënt, met intensieve cultuursensitieve begeleiding en voorlichting door verpleegkundig casemanager in samenwerking met de eerstelijns (wijkverpleegkundige of POH uit de huisartspraktijk). Hierbij wordt met behulp van evidence based algoritmen direct gereageerd op uitslagen van onderzoek of informatie over medicatiegebruik van de patiënt.
4. Het aanpassen van voorlichtingsmateriaal aan het opleidingsniveau en kennis van migranten. In diverse ziekenhuizen in Nederland zijn hier goede ervaringen mee opgedaan.

Bovenstaande interventie betreft een gecombineerde aanpak. Uit een review naar kosten-effectiviteit van diabeteszorg-interventies bleek dat een dergelijke gecombineerde aanpak het meest effect heeft.<sup>80</sup>

### **Kosten van deze interventie in een Nederlands ziekenhuis**

Als voorbeeld nemen we een groot stadsziekenhuis met 50% niet-westerse migranten en een adherentiegebied van 200.000 mensen. Van de 100.000 migranten in dit gebied is gemiddeld bijna 60% eerste generatie (cbs.statline), de groep bij wie de problemen het meest spelen. Van deze populatie heeft 10% diabetes mellitus, dat wil zeggen 6.000 migrantenpatiënten.

Op basis van de beschikbare onderzoeken lijkt het aannemelijk dat minstens 50% van de

genoemde groep van 6.000 migranten met DM op enig moment onder behandeling van de internist is. Dat wil dus zeggen dat 3.000 patiënten per jaar in aanmerking komen voor de interventie.<sup>2</sup>

### Kosten voor uitvoering interventie gedurende vijf jaar:

<p>Individueel actieplan, begeleiding en telefonische/digitale ondersteuning:</p> <p>Gemiddeld bedroeg bij Gary de intensieve begeleiding 1 à 2 contacten met de verpleegkundig casemanager en 3 à 4 met de community health worker (eerstelijnswerkers). Dit is zeker niet meer dan de in Nederland gebruikelijke diabetescontroles. Het gaat veeleer om deskundige cultuursensitieve communicatie en bevordering van zelfzorg. Het direct reageren op afwijkende uitslagen en dergelijke vergt wel extra (telefonische) inzet.</p> <p>Uitgaande van 30 minuten extra inzet per jaar van de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis à € 65,19<sup>1</sup> bij 3000 patiënten leidt dit tot 1500 uur extra arbeidsinzet à € 65,19 = € 98.000</p> <p>Kosten voor vijf jaar:</p>	<p>€ 490.000</p>
<p>Enmalige scholing van diabetesverpleegkundigen, internisten, apothekers en POH's of wijkverpleegkundigen (in totaal 20 personen) in cultuursensitieve communicatie, etnische gezondheidsverschillen, bevordering van zelfmanagement, gebruik van algoritmen en opstellen individuele actieplannen.</p> <p>Twee maal 4 dagdelen met 10 deelnemers à € 1.000<sup>2</sup></p> <p>Vier jaarlijkse terugkomdagdelen, twee keer 10 deelnemers à € 1.000</p>	<p>€ 8.000</p> <p>€ 8.000</p>
<p>Enmalige vertaling en aanpassing van algoritmen en ander materiaal</p>	<p>€ 14.000</p>
<p>Aanpassing van voorlichtingsmateriaal, medicatiebijsluiters en -etiketten</p>	<p>€ 30.000</p>
<p><b>Totale investering ziekenhuis in vijf jaar</b></p>	<p><b>€ 550.000</b></p>

24

1. Bron calculatie ketenzorg
2. Aantal dagdelen gebaseerd op ervaring in scholingstrajecten Pharos

2 81% van de patiënten met diabetes mellitus type 1 en 35% van de patiënten met diabetes mellitus type 2 bezoeken minimaal eenmaal per jaar een internist.<sup>81</sup> Verwijzing naar de internist vindt vooral plaats bij patiënten met type 1 DM, bij complicaties en slecht ingestelde DM - omstandigheden die zich bij migranten vaker voordoen.<sup>82</sup> Migranten bezoeken tweemaal vaker de internist dan anderen.<sup>7</sup>



## Te verwachten opbrengst van de interventie

### *Financiële opbrengsten zorg*

Naast verhoging van kwaliteit en uitkomsten van zorg, zijn de volgende opbrengsten aannemelijk. We zijn hierbij uitgegaan van de eerdergenoemde 3000 patiënten die bereikt worden met de interventie.

- Afname van het grotere aantal poliklinische specialisten-consulten door migranten vergeleken met andere diabetes patiënten. Als alle migrantenpatiënten per jaar twee specialistisch consulten minder krijgen, spaart dit 6000 poliklinische bezoeken à € 60 = € 360.000 per jaar, ofwel € 1,8 miljoen in vijf jaar. (NB We gaan hier uit van de situatie tot 2015 waarbij het honorarium van vrijgevestigde specialisten geen onderdeel is van de ziekenhuiskosten. Het bedrag van € 60 bedraagt dus alleen de kosten van het poliklinisch bezoek, conform de standaardkostprijs in 2010).
- Afname van het aantal SEH-bezoeken en acute opnames. Hierover zijn geen Nederlandse cijfers bekend voor de groep (migranten met) diabetes, maar in de VS leidde de interventie tot 23% minder SEH-bezoeken. We laten deze winst hier buiten beschouwing.
- De kosten gerelateerd aan complicaties, waarvan aangenomen mag worden dat deze bij betere metabole instelling op lange termijn verminderen. Deze winst laten we eveneens buiten beschouwing aangezien hier te weinig gegevens over beschikbaar zijn.

### *Overige maatschappelijke opbrengsten*

Naast de directe zorgkosten voor diabetes zijn er ook andere kosten, bijvoorbeeld in de vorm van gevolgen voor de arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en mogelijk ook voor de arbeidsproductiviteit. De *arbeidsparticipatie* van mensen met diabetes van 15 tot en met 64 jaar is lager (40%) dan onder de algemene bevolking (63%). Dit is vergelijkbaar met de arbeidsparticipatie bij andere chronische ziekten.<sup>83</sup> Het percentage *arbeidsongeschikten* bij mensen met diabetes van 15 tot en met 64 jaar bedraagt 27%, versus 9% voor de algemene bevolking.

De kosten als gevolg van deze arbeidsongeschiktheid en verminderde arbeidsparticipatie zijn onbekend. Evenmin is bekend in hoeverre de arbeidsparticipatie zou verbeteren wanneer migranten met diabetes zich beter voelen en minder complicaties krijgen.

Ondanks het feit dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om bovenstaande percentages te vertalen in financiële opbrengsten, kunnen we verwachten dat de maatschappelijke winst van effectievere diabeteszorg aanzienlijk is.

### Gezondheidswinst in termen van QALY's

Naast kostenbesparing in ziekenhuiszorg en verhoging van arbeidsdeelname en -productiviteit levert de interventie gezondheidswinst op in kwaliteit van leven (betere ervaren gezondheid en minder complicaties). Dat laatste is uiteraard het belangrijkste. Zoals in veel effectonderzoek wordt dit uitgedrukt in QALY's (quality adjusted life years).<sup>7</sup> Exacte gegevens om winst in QALY's voor deze casus te berekenen zijn niet voorhanden. Een schatting geeft het volgende beeld.

Op basis van inschatting van *'plausible changes'*<sup>84</sup> zouden we ervan uit kunnen gaan dat de interventie leidt tot verbetering van ervaren gezondheid en hogere tevredenheid. Stel daarnaast dat het aantal complicaties bij een vijfde van de patiënten (N=600) afneemt. Stel dat beide zaken zouden leiden tot een halve extra QALY per patiënt, dan betekent dat het volgende in winst in financiële termen (nogmaals: elk gewonnen levensjaar in betere gezondheid is winst op zich).

De economische waarde van 1 QALY wordt gesteld op 50.000 euro.<sup>85,86</sup> Dit betekent een 'winst' van  $600 \times 25.000 \text{ euro} = 15 \text{ miljoen euro}$  voor de komende 25 jaar, ofwel een gezondheidswinst vergelijkbaar met 600.000 euro per jaar, 3 miljoen euro in vijf jaar.

### Conclusie

In deze businesscase is aannemelijk gemaakt dat een investering van 550.000 euro door een groot stadsziekenhuis kan leiden tot effectievere diabeteszorg. Tegelijkertijd kan in vijf jaar een vermindering van kosten bereikt worden van 1,8 miljoen euro - een netto besparing van ruim 1,25 miljoen euro. Daarnaast kan de investering leiden tot een gezondheidswinst in QALY's die kan worden uitgedrukt in 3 miljoen euro (in vijf jaar) en toename van arbeidsparticipatie van de betrokken patiënten.

## Hoofdstuk 4

### Conclusie

De hier uitgewerkte casussen maken duidelijk dat het mogelijk is ongewenste verschillen in ziekenhuiszorg voor migranten terug te dringen. Verbeteringen zijn goed mogelijk en zijn minder complex dan men vaak aanneemt. De benodigde investeringen zijn niet kostbaar. De opbrengst voor de kwaliteit en uitkomsten van zorg, kostenbesparing en patiënttevredenheid maken deze investeringen zeker de moeite waard. Dat geldt ook voor de winst in kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van betrokken patiënten. Alle betrokkenen lijken te profiteren van de verbeteringen. Reden genoeg voor ziekenhuizen om hier verder werk van te maken. Diverse ziekenhuizen zijn hier al mee bezig, anderen staan nog aan het begin.

De twee businesscases fungeren als voorbeelden. Er zijn meer voorbeelden mogelijk, op verschillende afdelingen van ziekenhuizen.

Aan deze publicatie is een lijst toegevoegd van interventies waar ziekenhuizen, afhankelijk van hun situatie, uit kunnen putten. De lijst bevat veel bruikbare en veelbelovende interventies. De effectiviteit ervan dient de komende jaren al doende wel verder onderbouwd te worden. De werkzame elementen zijn echter al genoeg bekend om aan de slag te kunnen gaan.

We hopen van harte dat ziekenhuizen zich door deze publicatie uitgenodigd en geïnspireerd voelen om de zorg aan deze groep cliënten verder te verbeteren.



## Literatuurlijst

1. Andrulis, D.P., Brach, C. (2007). *Integrating literacy, culture and language to improve health care quality for diverse populations*. Am J Health Behav 2007; 31; Suppl.1: S122-S133
2. Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., Godfried, M.H., Haes, H.C. de (2007). *Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centered communication matter?* Patient Educ Couns 2007 March; 65(3):396-406
3. Chin, M.H., Walters, A.E., Cook, S.C. & Huang, E.S. (2007). *Interventions to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Med Care Res Rev. 2007 October; 64(5 Suppl): 7S–28S
4. Bertakis, K.D. & Azari, R. (2010). *Patient-Centered Care and Decreased Health Care Utilization*. Journal of the American Board for Family Medicine. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170
5. Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011). *The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review*. Health and Social Care in the Community (2011) 19(3), 225–249 <http://bit.ly/HsBEtG>
6. Baker, D., Parker, R., Williams, M., Clark, W.S. (1998). *Health literacy and the risk of hospital admission*. Journ Gen Int Med 1998; 13:791-8
7. Kunst, A.E., Meerdink, W.J., Varenik, N., Polder, J.J., Mackenbach, J.P (2003). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. Zorg voor Euro's – 5. RIVM, Erasmus MC
8. DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M.P. (2004). *Literacy and Health Outcomes: a systematic review of the literature*. 2004, Vol. Journal of General Internal Medicine
9. Lanting L.C, Joung, I.M., Mackenbach, J.P., Lamberts, S.W., Bootsma, A.H. (2005). *Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients: a review*. Diabetes Care. 2005 Sep; 28(9):2280-8
10. Stirbu, I., Kunst, A.E., Bos, V. & Mackenbach, J.P.(2006). *Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in the Netherlands*. BMC Public Health2006, 6:78 doi:10.1186/1471-2458-6-78
11. Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2006). *'De maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid'* in opdracht van de Stichting Lezen & Schrijven. Universiteit van Amsterdam
12. Kunst, A. E., Lamkaddem, M., Mackenbach, J. P., Rademakers, J. & Deville, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Nivel/Erasmus MC 2008. Utrecht/Rotterdam
13. Seeleman, C., Essink-Bot, M. L. & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie. Programmeringsstudie 'eticiteit en gezondheid'. ZonMw. 2008. Amsterdam, afd Sociale Geneeskunde AMC Amsterdam
14. Zwart, J.J., Richters, J.M., Öry, F. de Vries, J.I.P Bloemenkamp, K.W.M. van Roosmalen J. (2009). *Ernstige maternale morbiditeit tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed in Nederland*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B113

15. Norredam, M., Signe, S., Nielsen, Krasnik, A. (2009). *Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review*. European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 5, 555–563
16. Chiarenza, A. (2010). *Migrant-friendly and culturally competent health care: a task force of the Health Promoting Hospitals network*. World Health Organization Regional Office for Europe, Regions for Health Network. 2010
17. Hosking, J.E., Ameratunga, S.N., Bramley, D.M., & Crengle, S.M. (2011). *Reducing ethnic disparities in the quality of trauma care: an important research gap*. *Annals of surgery*, 253(2), 233-237
18. Lorant & Oliver Razum (eds) (2012). Cost series on Health and Diversity volume 1, *Health inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities*. Antwerp-Apeldoorn Granat publishers 2012:270 – 287
19. Slikke, A. van der (2012). *"Ik zeg het maar even heel zwart wit": Een onderzoek naar interculturalisatie in de gezondheidszorg*. VUmc en Erasmus MC. Masterthesis – Universiteit Utrecht Arbeid, Zorg en Welzijn, Beleid en Interventie Zorg en Migratie
20. Volmeijer, E. (2012). *Kwaliteit van zorg voor niet-westerse allochtone patiënten in het UMC St Radboud*. Onderzoeksverslag afdeling Health Technology assessment.
21. Bruijne, M.C. de, Rosse, F. van, Uiters, E., Droomers, M.I., Suurmond, J., Stronks, K., Essink-Bot, M.L. (2013). *Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study*. European Journal of Public Health, 1–8 doi:10.1093/eurpub/ckto05
22. Taalunie, Nederlandse (2004). *Laaggeletterdheid in de Lage Landen*. Den Haag: Nederlandse Taalunie
23. Dijkshoorn, H., Uitenbroek, D.G., Middelkoop, B.J.(2003). *Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population*. Ned. Tijdschr.Geneeskd. 2003;147:1362-6
24. Liburd, L. (2010). *Diabetes and Health Disparities. Community Based approaches for Racial and Ethnic Populations* (book) 2010 Springer Publishing Company
25. Martin, L.T., Schonlau, M., Haas, A., Pitkin Derose, K., Rudd, R., Loucks, E.B., Rosenfeld, L., Buka, S.L. (2010). *Literacy Skills and Calculated 10-Year Risk of Coronary Heart Disease*. J Gen Internal Medicine (2010) 26 (11): 45-50
26. Aarts, M. (2012). *Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990*. dissertatie Rotterdam 2012
27. Clancy, C.(2009). *Reengineering Hospital Discharge: A Protocol to Improve Patient Safety, Reduce Costs, and Boost Patient Satisfaction*. *American Journal of Medical Quality* 2009; 24; 344 originally published online Jun 5, 2009
28. Vermeer, B., Muijsenbergh, M.E. van den (2010). *The attendance of migrant women at national breast cancer screening in the Netherlands 1997-2008*. European Journal of Cancer Prevention: 2010: Volume 19 - Issue 3 - pp 195-198. doi: 10.1097/CEJ.obo13e328337214c
29. Centrum voor ethiek en gezondheid (2011). *Laaggeletterdheid te lijf*. Gezondheidsraad, Den Haag 2011

30. Coenen, L. (2009). *Twee en één samen is geen anderhalf. Een kwalitatieve landelijke inventarisatie samenwerkingsverbanden HAP en SEH*. Utrecht 2009, p.61
31. Devillé, W.L.J.M., Uiters, E., Westert, G.P., Groenewegen, P.P.(2006). *Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands*. In: DUTCH GENERAL PRACTICE ON STAGE: morbidity, performance and quality in an international scene. Westert. G.P., Jabaaij, L., Schellevis, F.G. (eds). Radcliffe, Oxford, 2006
32. Mead N. (2009). *Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices*, MJ 2009;339
33. Ministerie van VWS (2008). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag, 2008
34. Roberts, S.R., Crigler, J., Lafferty, W.E., Bonham, A.J., Hunter, J.L., Smith, A.J., Banderas, J.W., Early, G.L., King, R.K. (2012). *Addressing Social Determinants to Improve Health Care Quality and Reduce Cost*. Journal for Healthcare Quality, Vol 34 Issue 2 pages 12-20
35. Lanting, L.C., Joung, I.M., Vogel, I., Bootsma, A.H., Lamberts, S.W., Mackenbach, J.P. (2008). *Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior*. Patient.Educ.Couns 2008., vol. 72, no. 1, pp. 146-154
36. Jansen, Y.J.F.M., Uitewaal, P.J.M., Wijsman-Grootendorst, A., Geelhoed-Duijvestijn, P.H.L.M. (2011). *Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici*. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3117
37. Agyemang, C., Nicolaou, M., Boateng, L., Dijkshoorn, H. van den, Born, B.J.H., Stronks, K. (2012). *Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Ghanaian population in Amsterdam, the Netherlands: the GHAIA study*. Eur J Prev Cardiol 7 juni 2012 (epub)
38. Vintges, M., Muijsenbergh, M. van den (2012). *Etnische en culturele diversiteit in farmacotherapie*. MFM 2012 (sept): 55-56
39. Manna, D.R., Bruijnzeels, M.A., Mookink, H.G., Berg, M. (2003). *Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands*. Qual.Saf Health Care, vol. 12, no. 5, pp. 353-358
40. Manna, D.R., Mookink, H.G., Berg, M., Bruijnzeels, M. (2006a). Ch.8 *Guidelines of the Dutch College of General Practitioners and the care for ethnic minorities. General practitioners' views on the value of NHG-guidelines in a multicultural setting*. In: "Standardisation in a multi-ethnic world: a paradox?". Dissertation Rotterdam 2006.
41. Berlin A. (2010). *Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children*. Thesis

42. Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health services research, 42*(2), 727-754.
43. Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). *What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research; 10*:248
44. Powell, C.K., Kripalani, S. (2005). *Brief Report: Resident Recognition of Low Literacy as a Risk Factor in Hospital Readmission. J Gen Intern Med 2005; 20*:1042–1044
45. Netto, G. (2012). *Health promotion intervention for migrant groups: the need for a strategic approach and key principles.* Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (eds): Cost series on Health and Diversity volume 1, Health inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities. Antwerp-Apeldoorn Granat publishers 2012: 257-269
46. Dorgelo, A., Pos, S., Kosec, H. (2013). *Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid.* CBO in samenwerking met Pharos, Utrecht 2013
47. Cliëntenparticipatie van Oudere Migranten, CSO, Noom, Nationaal Programma ouderenzorg, 2012
48. The Joint Commission (2010) *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals.* Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010
49. Peek, M.E. Algernon, A. & Huang, E. (2007). *Diabetes Health Disparities: A systematic Review of Health care Interventions.* Med. Care Rev. 2007 October; 64(5 Suppl): 101S-156S
50. Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Bogic, M. (2011). *Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC public health, 11*(1), 187
51. Liu, J.J., Davidson, E., Bhopal, R. et al. (2012). Adaptation of health promotion interventions for ethnic minorities: a mixed methods review in: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (eds): Cost series on Health and Diversity volume 1, Health inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities. Antwerp-Apeldoorn Granat publishers 2012: 257-269
52. Davidson, M.B., Castellanos, M., Duran, P. & Karlan, V.(2006). *Effective Diabetes Care by a Registered Nurse Following Treatment Algorithms in a Minority Population.* The American Journal of Managed Care. April 2006
53. Gary, T.L., Batts-Turner, M., Yeh, H.C., Hill-Briggs, F., Bone, L.R., Wang, N.Y., Brancati, F.L. (2009). *The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. Archives of internal medicine, 169*(19), 1788
54. Hebert, P.L., Sisk, J.E., Wang, J.J., Tuzzio, L., Casabianca, J.M., Chassin, M.R., Horowitz, C., McLaughlin, M.A. (2008). *Cost-effectiveness of nurse-led disease management for heart failure in an ethnically diverse urban community. Ann Intern Med. 2008; 149*: 540–548



55. Gillett, M., Dallosso, H.M., Dixon, S., Brennan, A., Carey, M.E., Campbell, M.J., Heller, S., Khunti, H., Skinner, T.C., Davies, M.J. (2010). *Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis*. *BMJ* 2010;341:c4093
56. Houts, P.S., Witmer, J.T., Egeth, H.E., Loscalzo, M.J., Zabora, J.R. (2001). *Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II*. *Patient Education and Counseling*, 2001, Vol. 43
57. Davidson, M.B., Ansari, A., Karlan, V.J. (2007). *Effect of a Nurse-Directed Diabetes Disease Management Program on Urgent Care/Emergency Room Visits and Hospitalizations in a Minority Population*. *Diabetes Care* 2007; 30: 224-7
58. Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., Carpio, B. (2004). *Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes*. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36, 2: 161-166
59. Lie, D.A., Lee-Rey, E., Gomez, A. et al (2011). *Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research*. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (3), 317 – 325
60. Sudore, R.L., Schillinger, D. (2009). *Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy*. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2009, Vol. 1. January 1; 16(1): 20-29
61. Seligman, H.K., Wang, F.F., Palacios, J.L., Wilson, C.C., Daher, C., Piette, J.D., & Schillinger, D. (2005). *Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy*. *Journal of general internal medicine*, 20(11), 1001-1007
62. Wright, P., Soroka, A., Belt, S., Pham, D.T., Dimov, S., Roure, D.vde, Petrie, H. (2010). *Using audio to support animated route information in a hospital touch-screen kiosk*. *Computers in Human Behavior*, 2010, Volume 26; 4:753 - 9
63. Essink-Bot, M.L., Bruijine, M.C. de, Suurmond, J., Uiters, E., Droomers, M., Stronks, K. (2009). *Etnische en sociaaleconomische verschillen in patiëntveiligheid van de ziekenhuiszorg in Nederland – een exploratie*. RIVM/AMC/VU 2009
64. Coffey, R., MAndrews, R.M., Moy, E. (2005). *Racial, Ethnic, and Socioeconomic Disparities in Estimates of AHRQ Patient Safety Indicators Medical Care*: March 2005 - Volume 43 - Issue 3 - pp 1-48-1-57
65. Flores, G., Ngui, E. (2006). *Racial/Ethnic Disparities and Patient Safety*. *Pediatr Clin N Am* 53 (2006) 1197-1215
66. Suurmond, J., Uiters, E., Bruijine, M.C. de, Stronks, K., Essink-Bot, M.L. (2010). *Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis*. *Am J of Public Health* 2010; . 100: No. S1: S113-S117
67. Suurmond, J., Uiters, E., Bruijine, M.C. de, Stronks, K., Essink-Bot, M.L. (2011). *Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study*. *BMC Health Services Research* 2011, 11:10 doi:10.1186/1472-6963-11-10

68. Jack, B.W., Chetty, V.K., Anthony, D. et al. (2009). *A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial*. *Ann Intern Med*. 2009;150:178-187
69. Chandie Shaw, P.K., Baboe, F., Es, L.A. van et al.(2006). *South-Asian type 2 diabetic patients have higher incidence and faster progression of renal disease compared with Dutch-European diabetic patients*. *Diabetes Care* 2006;29:1383-5
70. Manna, D.R., Mokkink, H.G., Redekop, W.K., Vlug, A.E., Berg, M., Bruijnzeels, M. (2006b). Ch.6 Do GP's in the Netherlands differ in adherence to clinical practice guidelines in the treatment of patients with different ethnic backgrounds? A first exploration.In: "Standardisation in a multi-ethnic world: a paradox?". Dissertation Rotterdam 2006
71. Manna, D.R., Redekop, W.K., Mokkink, H.G., Vlug, A.E., Berg, M., Bruijnzeels, M. (2006c), Ch.5 Do ethnic specific differences in treatment of asthma, diabetes, and hypertension in general practice exist? In: "Standardisation in a multi-ethnic world: a paradox?". Dissertation Rotterdam 2006.
72. Uitewaal, P.J., Bruijnzeels, M.A., Bernsen, R.M., Voorham, A.J., Hoes, A.W., Thomas, S. (2004). *Diabetes care in Dutch general practice: differences between Turkish immigrants and Dutch patients*. *Eur J Public Health*. 2004;14(1):15-8
73. Denktas, S. (2011). *Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands; a comparative study* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit 2011
74. Two Feathers, J. Kieffer ECPalmisano G, Anderson M, Sinco BJanz N, Heisler M, Spencer M et al (2005). *Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH) Detroit Partnership: Improving Diabetes-Related Outcomes Among African American and Latino Adults*. *Am J Public Health*. 2005;95:1552-1560. doi:10.2105/AJPH. 2005.066134)
75. Zeh p.1,2, H. K. Sandhu<sup>1</sup>, A. M. Cannaby<sup>2</sup> and J. A. Sturt<sup>1,2</sup> *The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes. in ethnic minority groups: a systematic review*. *Diabet. Med.* 29, 1237-1252 (2012)
76. Saxena, S., Misra, T., Car, J., Netuveli, G., Smith, R., Majeed, A. (2007). *Systematic Review of Primary Healthcare Interventions to Improve Diabetes Outcomes in Minority Ethnic Groups*. *Journal of Ambulatory Care Management*: 2007 - Volume 30 ; 3: 218-30. doi: 10.1097/01.JAC.0000278982.65063.5c
77. Hawthorne, K., Robles, Y., Cannings-John, R., Edwards, A.G. (2008). *Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD006424.
78. Handley Margaret, A., Shumway Martha, Schillinger Dean. (2008). *Cost-Effectiveness of Automated Telephone Self-Management Support With Nurse Care Management Among Patients With Diabetes* *Ann Fam Med* 2008;6:512-518. DOI: 10.1370/afm.889
79. Uitewaal, P. (2010). *Cultuurspecifieke voorlichting voor patiënten met DM2 is effectief op de korte termijn*. *Huisarts en Wetenschap*. 2010;53:692
80. Rui Li, Ping Zhang, Lawrence E. Barker, Farah M. Chowdhury, Xuanping Zhang (2010). *Cost-Effectiveness Of Interventions To Prevent And Control Diabetes Mellitus: A Systematic Review* *Diabetes Care* 2010; vol 33: 1872-1894

81. Fakiri, F. el, Foets, M., Rijken, M. (2003). *Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors*. *Diabetes Research and Clinical Practice*: 61, 2003, p. 199-209
82. Sluiter, A.C., Wijland, J.J. van, Arntzenius, A.B., Bots, A.F.E., Dijkhorst-Oei, L.T., Does, F.E.E. van der, Palmen, J.V.H., Potter van Loon, B.J., Schaper, N.C., Balen, J.A.M. van (2012). *Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes mellitus type 2*. *Huisarts Wet* 2012;55(1):S1-12
83. Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M., Baan, C.A. (2007). *Diabetes in Nederland Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst*. RIVM
84. Ovretveit, J., Sachs, M.A. (2005). *Patient safety and quality problems--what is the cost?* *Lakartidningen*. 2005 Jan 17-23;102(3):140-2
85. Pomp, Marc (2010). *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Uitgeverij Balans Amsterdam 2010
86. LaVeist, Thomas, J. Gaskin Darrell, Richard Patrick (2009). *The economic burden of health inequalities in the united states*. Joint center for political and economic studies. Washington DC 2009
87. Zhang, P., Engelgau, M.M., Norris, S.L., Gregg, E.W., Narayan, K.M. (2004). *Application of economic analysis to diabetes and diabetes care*. *Ann Intern Med*. 2004;140(11):972-977



## Bijlage

### Voorbeelden van interventies die kunnen bijdragen aan de verbetering van ziekenhuiszorg voor migranten

Onderstaand treft u een lijst van interventies die te gebruiken zijn bij de verbetering van ziekenhuiszorg voor migrantenpatiënten. De indeling is gerelateerd aan de in de businesscases genoemde oorzaken voor de verschillen in kwaliteit en uitkomsten van zorg, in doelmatigheid en kosten van zorg en de patiënttevredenheid. Het grootste effect wordt doorgaans bereikt door verschillende interventies te combineren. In de businesscases staan voorbeelden van gecombineerde interventies. Andere voorbeelden van gecombineerde interventies staan achteraan deze lijst.

In Nederland zijn weinig interventies voor de ziekenhuiszorg aan migranten beschreven, laat staan op effectiviteit getest. Toch hebben we een aantal van de in Nederland ontwikkelde interventies die veelbelovend lijken, hier opgenomen. In de Verenigde Staten zijn meer interventies beschreven en onderzocht. Daar waar de effectiviteit aangetoond is, wordt dat in onderstaande lijst aangegeven onder 'opbrengst'. Alleen daar waar de kosten van interventies bekend zijn, worden deze vermeld.

Interventies specifiek gericht op het verhogen van patiënttevredenheid zijn niet opgenomen. Patiënttevredenheid hangt met name samen met de communicatie en bejegening van zorgverleners en is eigenlijk vrijwel nooit doel op zich van een interventie. Waar patiënttevredenheid specifiek gekozen is als parameter voor het effect van een interventie, hebben we dit wel vermeld.

Ziekenhuizen verschillen onderling in de mate waarin al is geïnvesteerd in verbetering van zorg voor migranten. Sommige hebben al veel gedaan, andere staan nog aan het begin. Voor ieder die hier verder aan wil werken (bestuurders, managers, professionals en patiënten), kan de onderstaande lijst bruikbare informatie bevatten.

Voor de komende jaren ligt er een gezamenlijke uitdaging deze interventies breder in te zetten, naar de eigen situatie te vertalen en de effectiviteit ervan verder te onderbouwen. Er is genoeg bekend om aan de slag te gaan!

## 1. Interventies voor patiënten, gericht op verbeteren van kennis over ziekte en gezondheidszorg, zelfmanagement en therapietrouw

### ⊕ Picture Rx

<b>Wat is het</b>	Aanpassen van medicijnlabels en bijsluiters, door het medicijnnetiket te verduidelijken met pictogrammen en kleuren
<b>Doel</b>	Verbeteren therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	3-5 dagen na gebruik van medicijnlabel was er sprake van therapietrouw van ten minste 90% bij 52% van de experimentele groep tegen slechts 2% van de controlegroep (Dowse 2005)
<b>Ontwikkelaar</b>	PictureRx
<b>Kosten</b>	Op te vragen middels het aanmaken van een account
<b>Meer informatie</b>	<a href="https://mypicturerx.com/">https://mypicturerx.com/</a>

### ⊕ Patiëntgerichte, cultuursensitieve zorg door verpleegkundig casemanager

<b>Wat is het</b>	Persoonsgerichtere cultuursensitieve begeleiding, doorgaans door verpleegkundigen die patiënt voorlichting en instructie geeft, informatie met de betrokken artsen uitwisselt, medicatie-inname oefent en bereikbaar is voor vragen
<b>Doel</b>	Vergroten therapietrouw en zelfmanagement
<b>Opbrengst</b>	Vermindering ziekenhuisopnames, verbetering van patiënttevredenheid en kwaliteit van leven bij onder andere patiënten met hartfalen en diabetes
<b>Ontwikkelaar</b>	diverse voorbeelden in RCT uitgetest (Herbert 2008, Gary 2009, Bertakis 2010 over effecten patient centered care algemeen)
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://1.usa.gov/1f7lJvg">http://1.usa.gov/1f7lJvg</a>

### ⊕ Automatische telefonische of sms-herinnering voor chronische medicatie

<b>Wat is het</b>	Herinnering aan afspraken en medicatie
<b>Doel</b>	Verbeteren therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	In een trial in San Francisco leidde deze inzet tot verbetering van het gezondheidsgedrag en ervaren gezondheid (Handley 2008)
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse ontwikkelaars en aanbieders

### ⊕ E-matic: e-Monitoring of Asthma Therapy to Improve Compliance in children

<b>Wat is het</b>	Inzet van een Real-Time Medication Monitoring systeem (RTMM) met sms-herinneringen bij kinderen met astma die inhalatie-corticoïden gebruiken
<b>Doel</b>	Verbeteren therapietrouw en daarmee verminderen opnames
<b>Opbrengst</b>	Onderzoek is gestart in 2012 in vijf ziekenhuizen, opbrengst nog niet bekend
<b>Ontwikkelaar</b>	Sint Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam

### ⊕ Soap of stripverhalen in eigen taal

<b>Wat is het</b>	Informatie over chronische ziekten verspreiden onder patiënten via soaps en stripverhalen
<b>Doel</b>	Verbeteren kennis en therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	Grotere patiënttevredenheid en kennis
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse
<b>Kosten</b>	Sommige gratis en toegankelijk via YouTube bijvoorbeeld onder zoektermen patient safety, health literacy
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://bit.ly/1aYrfgH">http://bit.ly/1aYrfgH</a>

### ⊕ Gezondheidsboek: “Wie helpt mij als ik ziek ben”

<b>Wat is het</b>	Informatie in zeer simpel Nederlands over de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en over veel voorkomende kwalen met tips voor zelfzorg
<b>Doel</b>	Oneigenlijk bezoek van SEH en huisartsenpost verminderen door kennis te vergroten van nieuwkomers
<b>Opbrengst</b>	Enthousiasme onder vrouwelijke nieuwkomers in inburgeringscursussen waar dit boek wordt gebruikt; effect op zorggebruik niet onderzocht
<b>Ontwikkelaar</b>	Uitgave Radboud universiteit medisch centrum, afdeling vrouwenstudies medische wetenschappen en Pharos
<b>Meer informatie</b>	Gratis te bestellen of te downloaden van <a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a> onder voorlichtingsmateriaal

39

### ⊕ Videovorlichting over ziekten en zorg in eigen talen

<b>Wat is het</b>	Videovorlichting over ziekte, behandeling en ervaringen met ziekte, ontwikkeld mede door migranten zelf. Vaak korte films die in de wachtkamer gebruikt kunnen worden. Met name over kanker, thuiszorg, terminale zorg en diabetes.
<b>Doel</b>	Cultuursensitieve informatie waardoor kennis en effectief gebruik van zorg toeneemt
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse. Voorbeelden op o.a. <a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a> onder voorlichting; voorbeeld Borstkanker ontsluit
<b>Kosten</b>	Over het algemeen vrij toegankelijk
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a> voorlichting, palliatieve zorg, kanker, ramadan

### ⊕ Videovorlichting over medicatiegebruik

<b>Wat is het</b>	Videovorlichting over waarom, hoe en wanneer medicatie moet worden ingenomen
<b>Doel</b>	Verbeteren therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	Uitsluitend onderzocht in gecombineerde interventies
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse (met name in VS; AHQR en NPSF)

**Kosten** Over het algemeen vrij toegankelijk  
**Meer informatie** <http://1.usa.gov/1oYavVH>  
<http://1.usa.gov/1oJnQze>  
<http://1.usa.gov/1aYrwQX>

➤ **Zelfmanagement-interventies: toolbox**

**Wat is het** Interventies c.q. tools door het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) in kaart gebracht. Omvat onder andere een kookboek voor nierpatiënten (Eten met plezier) en de eendaagse cursus 'De professional en energiegevend zelfmanagement'.

**Doel** Zorgverlener of zorgpraktijk informatie aanreiken voor het geven aan Zelfmanagementondersteuning

**Kosten** de cursus kost € 299

**Ontwikkelaar** Diverse organisaties

**Meer informatie** <http://www.zelfmanagement.com/toolbox/overzicht/>



## 2. Interventies voor zorgverleners, gericht op verbeteren van kennis over etnische en sociaal-economische gezondheidsverschillen en op verbeteren van communicatie met (laaggeletterde) migranten

### Bewustwording van bestaande leemten in cultuursensitieve kennis en kunde

#### ⊕ Cultural Assessment Tools

<b>Wat is het</b>	Website met een totaaloverzicht van <i>cultural assessment</i> tools
<b>Doel</b>	Bewustwording eigen culturele competenties
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse aanbieders in de Verenigde Staten
<b>Kosten</b>	Afhankelijk van de aanbieder
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.transculturalcare.net/assessment-tools.htm">http://www.transculturalcare.net/assessment-tools.htm</a>

<b>Voorbeeld</b>	Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ)
<b>Wat is het</b>	Een vragenlijst om physician, knowledge, skills and attitudes te meten
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://bit.ly/HiGnOt">http://bit.ly/HiGnOt</a>

### Richtlijnen en hulpmiddelen voor cultuursensitieve zorgverlening en communicatie met (laaggeletterde) migranten

41

#### ⊕ Guide to Nurses for Providing Culturally Sensitive Care

<b>Wat is het</b>	Handleiding voor verpleegkundigen
<b>Doel</b>	Leveren van cultuursensitieve zorg
<b>Ontwikkelaar</b>	College of Nurses, Ontario, 2009 (VS)
<b>Kosten</b>	geen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://bit.ly/19hOR2P">http://bit.ly/19hOR2P</a>

#### ⊕ [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)

<b>Wat is het</b>	Website voor huisartsen met informatie onder andere over etnische verschillen in ziekten en behandeling en over culturele en sociale aspecten relevant voor de zorg voor migranten
<b>Doel</b>	Ontsluiten en overdragen van kennis
<b>Ontwikkelaar</b>	Pharos i.s.m. NHG en LHV
<b>Kosten</b>	geen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a>

#### ⊕ Interculturalisatie website VUmc en Erasmus MC

<b>Wat is het</b>	Met <a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a> vergelijkbare intranetinformatie voor ziekenhuizen
<b>Doel</b>	Informatie voor met name verpleegkundigen over zorg aan en begeleiding van migrantenpatiënten

**Ontwikkelaar** VUmc en Erasmus MC in samenwerking met Pharos  
**Kosten** op te vragen bij VUmc  
**Meer informatie** [RR.Steenwijk@VUmc.nl](mailto:RR.Steenwijk@VUmc.nl)

#### ⊕ Teach back methode

**Wat is het** Methode van communicatie die in elk consult met laaggeletterden en anderstaligen kan worden toegepast. De patiënt wordt gevraagd om te vertellen wat de zorgverlener heeft uitgelegd of welke instructie hij heeft gekregen.

**Doel** Controleren of een patiënt de zorgverlener begrepen heeft

**Opbrengst** Consulten blijken niet langer te duren door het toevoegen van deze extra uitleg, de metabole instelling van diabetespatiënten verbetert, evenals het zelfmanagement van astmapatiënten (Sudore 2009)

**Kosten** geen

**Meer informatie** <http://www.teachbacktraining.com/>

#### ⊕ Film over beleving gezondheid en zorg door (islamitische) migrantenpatiënten

**Wat is het** Een film gemaakt samen met migranten over hun beleving van (ernstige) ziekten en ervaringen met de gezondheidszorg

**Doel** Nederlandse hulpverleners inzicht geven in opvattingen en verwachtingen van migrantenpatiënten

**Ontwikkelaar** Paul van Laere, Nelleke Dinissen, Saida Baktit Radboud universiteit medisch centrum Nijmegen

**Kosten** op te vragen bij ontwikkelaars

**Meer informatie** [N.Dinissen@sb.umcn.nl](mailto:N.Dinissen@sb.umcn.nl)

42

### Scholing

Verschillende organisaties bieden trainingen en nascholingen aan over cultuursensitieve kennis en communicatie (culturele competenties). Hieronder worden enkele voorbeelden genoemd. Van training in culturele competenties is aangetoond dat deze bij zorgverleners leidt tot groter cultureel bewustzijn, meer begrip van multiculturaliteit en groter vermogen te communiceren met etnische minderheden. Bij patiënten leidt deze training tot effectiever gebruik van gezondheidszorg en grotere tevredenheid (Majumdar 2004).

#### ⊕ Heb ik het goed uitgelegd: communicatie met laaggeletterde migranten

**Wat is het** Scholing voor artsen en verpleegkundigen met veel communicatieoefeningen met migranten-trainingsacteur

**Doel** Verbeteren van cultuursensitieve communicatie met (laaggeletterde) migranten

**Ontwikkelaar** Pharos

**Kosten** Afhankelijk van groep en invulling; ongeveer € 250 per deelnemer

**Meer informatie** [M.Moons@pharos.nl](mailto:M.Moons@pharos.nl)

### ➤ **Nascholing etnische en sociaal-economische gezondheidsverschillen Pharos**

<b>Wat is het</b>	Scholing voor artsen over etnische verschillen in ziekte (prevalentie en symptomatologie) en behandeling (etnische verschillen farmacotherapie, specifieke aspecten behandeling hypertensie en diabetes en cultuursensitieve zorg. Geleid door een op dit terrein ervaren arts.
<b>Doel</b>	Verbeteren kennis over etnische gezondheidsverschillen en over cultuursensitieve zorg
<b>Ontwikkelaar</b>	Pharos
<b>Kosten</b>	Afhankelijk van groep en invulling; ongeveer € 250 per deelnemer
<b>Meer informatie</b>	<a href="mailto:M.Moons@Pharos.nl">M.Moons@Pharos.nl</a>

### ➤ **INVEST - Intercultureel Vakmanschap en Specialisten Training Lucas Andreas ziekenhuis**

<b>Wat is het</b>	Programma voor artsen in opleiding tot kinderarts waarbij structureel video-opnames van nieuwe consulten worden gemaakt op de poliklinieken kindergeneeskunde die verschillende knelpunten in de interculturele communicatie in kaart brengen. De video-opnames worden door gevalideerde observatie-instrumenten geanalyseerd en door AIOS besproken onder begeleiding van communicatiedeskundigen. Bovendien worden instructieve DVD modelopnames gemaakt op het gebied van communicatie in een multi-etnische setting. Tevens wordt een instructieboek gemaakt t.b.v. het regionale en landelijke cursorisch onderwijs in het kader van de opleiding.
<b>Doel</b>	Het bevorderen van open en heldere communicatie tussen artsassistenten in opleiding (AIOS) kindergeneeskunde en kinderen en hun ouders, ongeacht de etnische of culturele achtergrond
<b>Ontwikkelaar</b>	Sint Lucas Andreas ziekenhuis Amsterdam

43

### **Inzet van professionele tolken**

<b>Wat is het</b>	Bij anderstalige migrant telefonisch of live professionele tolk inschakelen
<b>Doel</b>	Verbeteren van de communicatie bij taalbarrière
<b>Opbrengst</b>	Inzet van professionele tolken verbetert uitkomsten van zorg en patiënttevredenheid (Karliner 2007)
<b>Aanbieder</b>	onder andere Tolk- en vertaalcentrum Nederland
<b>Kosten</b>	Afhankelijk van soort en duur van het gesprek. Nadere indicatie is op te vragen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.tvcn.nl/">http://www.tvcn.nl/</a>

### 3. Interventies voor ziekenhuisorganisatie, gericht op het voor (laaggeletterde) migranten geschikt maken en beschikbaar stellen van voorlichtingsmateriaal en op het begrijpen van de bewegwijzing in het ziekenhuis

#### ⊕ Video-touchscreen voor route bewegwijzing in het ziekenhuis

<b>Wat is het</b>	bewegwijzing in eenvoudige woorden/pictogrammen, op touchscreen bij ingang of op tablet
<b>Doel</b>	Toegankelijkheid ziekenhuis verbeteren voor laaggeletterden en anderstaligen
<b>Opbrengst</b>	Grotere patiënttevredenheid en minder tijdverlies/te laat komen bij polibezoek (Wright 2010)
<b>Ontwikkelaar</b>	Diverse
<b>Kosten</b>	Afhankelijk van omvang etc.

#### ⊕ Toolkit Gezondheidsvaardigheden van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

<b>Wat is het</b>	Verzameling van instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden bij patiënten en het aanpassen van informatiemateriaal (folders, vragenlijsten, bijsluiters)
<b>Doel</b>	Herkennen van laaggeletterdheid en beschikbaar stellen van aangepaste voorlichting in het ziekenhuis
<b>Ontwikkelaar</b>	Afdeling patiëntenvoorlichting CWZ Nijmegen, Mary de Weerd
<b>Meer informatie</b>	<a href="mailto:m.d.weerd@cwz.nl">m.d.weerd@cwz.nl</a>

#### ⊕ Toolkit gezonde Taal van het UMC Utrecht

##### **Omgaan met laaggeletterdheid in de zorg, handleiding voor leidinggevende en zorgverleners.**

<b>Wat is het</b>	De toolkit bestaat uit een aantal losse kaarten en praktische hulpmiddelen (posters voor de wachtkamer, voorbeelden van richtlijnen voor artsen en baliemedewerker, relevante literatuur). Gekozen kan worden voor bijvoorbeeld inlezen, bewustwording van medewerkers, onderzoek naar de mate van geletterdheid van de patiëntengroep en het aanpassen van het schriftelijk voorlichtingsmateriaal. De toolkit kan 'op maat' gebruikt worden.
<b>Doel</b>	Zorg voor laaggeletterde patiënten verbeteren
<b>Ontwikkelaar</b>	UMC Utrecht
<b>Kosten</b>	op te vragen bij de afdeling Patiëntcommunicatie <a href="mailto:j.a.m.vandergiessen@umcutrecht.nl">j.a.m.vandergiessen@umcutrecht.nl</a> of <a href="mailto:j.c.vandertogt@umcutrecht.nl">j.c.vandertogt@umcutrecht.nl</a>
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.umcutrecht.nl/gezondheidsvaardigheid">http://www.umcutrecht.nl/gezondheidsvaardigheid</a> of <a href="http://bit.ly/1as72Ff">http://bit.ly/1as72Ff</a>

### ⊕ QuickScan Gezondheidsvaardigheden in zes Brabantse en Friese ziekenhuizen

<b>Wat is het</b>	Checklijsten, achtergrondinformatie en tools voor screening van de fysieke toegankelijkheid, schriftelijke, digitale en mondelinge communicatie in ziekenhuizen
<b>Doel</b>	Ziekenhuis verkrijgt inzicht in knelpunten in bewegwijzering en voorlichting in het ziekenhuis
<b>Ontwikkelaar</b>	CBO, 2013
<b>Kosten</b>	Menskracht
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://bit.ly/19hP5XM">http://bit.ly/19hP5XM</a>

### ⊕ Websites met beeldmateriaal en voorbeelden van op laaggeletterden en anderstaligen afgestemde voorlichting

<b>Wat is het</b>	Websites met beeldmateriaal en voorbeelden van op laaggeletterden en anderstaligen afgestemde voorlichting
<b>Doel</b>	Verbeteren communicatie bij lage gezondheidsvaardigheden
<b>Ontwikkelaar</b>	Divers
<b>Kosten</b>	geen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.slotervaartziekenhuis.nl/diabetes/Informatiefilms.aspx">http://www.slotervaartziekenhuis.nl/diabetes/Informatiefilms.aspx</a> Speciaal voor mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst ontwikkeld: of <a href="http://bit.ly/1grgB9K">http://bit.ly/1grgB9K</a> onder voorlichting

### ⊕ DVD voorlichting borstvoeding in verschillende talen

<b>Wat is het</b>	De video verstrekt relevante, cultuursensitieve informatie over borstvoeding, gericht op migrantenvrouwen met taal- en culturele barrières. De video is beschikbaar in Urdu, Punjabi, Bengali, Engels, Arabisch, Frans en Spaans.
<b>Doel</b>	Vrouwen met weinig beheersing van de gangbare taal in het ziekenhuis informeren over borstvoeding en daarmee bewuste keuze voor borstvoeding stimuleren.
<b>Opbrengst</b>	Evaluatie van het gebruik laat hoge tevredenheidcijfers zien voor bereikbaarheid, inhoud, vorm en informatie. Sinds de video wordt gebruikt in Bradford, is er een stijging van het aantal vrouwen dat borstvoeding geeft.
<b>Ontwikkelaar</b>	Kindervoeding specialist Bradford ziekenhuis Noordwest Engeland, samen met een team van verloskundigen (Khan et al. 2005)

## 4. Gecombineerde interventies

### ⊕ Inzet allochtone zorgconsulent in het ziekenhuis

<b>Wat is het</b>	Deze zorgconsulenten zijn “culturele tolken”, die een vertaalslag kunnen maken tussen de belevingswereld van de autochtone zorgverlener en die van de allochtone patiënt
<b>Doel</b>	Bijdragen aan kennisvermeerdering van zowel patiënt als zorgverlener en vergroting van wederzijds begrip
<b>Ontwikkelaar</b>	Allochtone zorgconsulenten werken onder andere in UMC St Radboud, Meander Medisch centrum, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Slotervaartziekenhuis

### ⊕ Mozaïekprogramma

<b>Wat is het</b>	De Mozaïek-kinderpolikliniek (sinds 2006 in drie Amsterdamse ziekenhuizen) is een zorg-, kennis- en opleidingscentrum over etnische diversiteit ten behoeve van chronisch zieke kinderen en hun ouders. Zorgconsulenten uit het eigen taal- en cultuurgebied vervullen in deze Mozaïek-polikliniek een sleutelrol.
<b>Doel</b>	Knelpunten in het zorgproces identificeren en passende interventies bieden
<b>Opbrengst</b>	Grotere tevredenheid bij ouders en verwijzende kinderartsen en tevens doelmatiger gebruik van de zorg (Dahan 2012)
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.sintlucasandreasziekenhuis.nl/onderzoek-behandeling/mozaiek-kinderpolikliniek">http://www.sintlucasandreasziekenhuis.nl/onderzoek-behandeling/mozaiek-kinderpolikliniek</a>

### ⊕ REACH U S = Racial and Ethnic Approaches to Community Health Across the U.S Boston Childrens Hospital

<b>Wat is het</b>	Community based en participatieve aanpak van astma bij kinderen van etnische minderheden, bestaande uit een verpleegkundig case-manager, voorlichtingsmateriaal, groepsbijeenkomsten van ouders, inschakelen van sleutelfiguren in de gemeenschap
<b>Doel</b>	Verbeteren kennis en zelfmanagement
<b>Opbrengst</b>	Na 12 maanden waren onder de deelnemende kinderen de bezoeken aan de Spoedeisende Eerste Hulp met 62% verminderd, het aantal ziekenhuisopnames 82% lager, het aantal gemiste schooldagen 40% lager en het aantal werkdagen dat ouders/verzorgers misten 47% lager
<b>Ontwikkelaar</b>	Centers for Disease Control and Prevention, 2011 (VS)
<b>Kosten</b>	via <a href="mailto:CDCINFO@cdc.gov">CDCINFO@cdc.gov</a> op te vragen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.cdc.gov/reach/communities/pdf/Boston_MA.pdf">http://www.cdc.gov/reach/communities/pdf/Boston_MA.pdf</a>

### ⊕ RED Toolkit. RED = Re-Engineered Discharge

<b>Wat is het</b>	De toolkit bevat alle informatie nodig om een verbeterde ontslag-procedure in het eigen ziekenhuis te ontwikkelen. De toolkit is ontwikkeld speciaal voor ziekenhuizen met een etnisch diverse populatie.
<b>Doel</b>	Minder heropnames na ontslag door meer kennis bij migrantenpatiënten van ziekte, zelfzorg en door betere continuïteit van zorg
<b>Opbrengst</b>	30% minder heropnames (Clancy 2009)
<b>Ontwikkelaar</b>	Agency for Healthcare Research and Quality. <a href="http://www.ahrq.gov/">http://www.ahrq.gov/</a>
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/toolkit/index.html">http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/toolkit/index.html</a>

### ⊕ Gecombineerde interventie bij laaggeletterde (migranten) met hartfalen

<b>Wat is het</b>	Combinatie van voor laaggeletterden geschikte voorlichting en instructie (afbeeldingen/pictogrammen op medicatielabels en bijsluiters), een digitale weegschaal en een telefonisch gesprek over de medicatie. De interventie wordt uitgevoerd door een apotheker of gezondheidsvoorlichter.
<b>Doel</b>	Bevordering van de therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	Afname van ziekenhuisopnames en mortaliteit (De Walt 2006, Murray 2007)
<b>Ontwikkelaars</b>	Verschillende, zie literatuur

### ⊕ Project Sugar 2

<b>Wat is het</b>	Aanpak voor diabeteszorg voor Afro-Amerikaanse patiënten met diabetes door een combinatie van cultuursensitief voorlichtingsmateriaal, inzet verpleegkundige in samenwerking met sleutelfiguur uit de gemeenschap zelf
<b>Doel</b>	Beter zelfmanagement en therapietrouw
<b>Opbrengst</b>	23% minder SEH-bezoeken, minder opnames en minder mortaliteit, betere HB1 ac (Peek 2007)
<b>Meer informatie</b>	Tiffany L. Gary PhD <a href="mailto:tgary@jhsph.edu">tgary@jhsph.edu</a> Diverse vergelijkbare projecten <a href="http://bit.ly/1as7enG">http://bit.ly/1as7enG</a>

47

## 5. Overig

### ⊕ Disparities Research for Change

<b>Wat is het</b>	Database met interventies
<b>Doel</b>	Overzicht van samenvattingen van artikelen over specifieke interventies naar doelgroep, organisatieniveau en aandoening
<b>Opbrengst</b>	Snel een overzicht van beschikbare interventies, waarover gepubliceerd is
<b>Ontwikkelaar</b>	DRP
<b>Kosten</b>	geen
<b>Meer informatie</b>	<a href="http://www.solvingdisparities.org/fair">http://www.solvingdisparities.org/fair</a>

## Literatuurlijst bijlage

- Dowse, R., Ehlers, M. (2005). *Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence?* Patient education and counseling 2005; 58 (1): 63-70
- Handley, M., Shumway, M., Schillinger, D. (2008). *Cost-Effectiveness of Automated Telephone Self-Management Support With Nurse Care Management Among Patients With Diabetes.* Ann Fam Med 2008;6:512-518
- Sudore, R.L., Schillinger, D. (2009). *Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy* J Clin Outcomes Manag. 2009 January 1; 16(1): 20–29
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., Carpio, B. (2004). *Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes.*Journal of Nursing Scholarship 2004 ; 36, (2): 161–166
- Karliner, L.S. et al. (2007). *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature.* Health Services Research 2007;42:2:727-754
- Herbert, P.L. et al. (2008). *Cost-effectiveness of nurse-Led disease management for heart failure in an ethnically diverse urban community.* Ann Intern Med. 2008;149:540-548
- Gary, T.L. et al. (2009). *The Effects of a Nurse Case Manager and a Community Health Worker Team on Diabetic Control, Emergency Department Visits, and Hospitalizations Among Urban African Americans With Type 2 Diabetes Mellitus* Arch Intern Med. 2009;169(19):1788-179
- Bertakis, K.D. & Azari, R. (2010). *Patient-Centered Care and Decreased Health Care Utilization.* Journal of the American Board for Family Medicine. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170
- Wright, P., Soroka, A., Belt, S., Pham, D.T., Dimov, S., Roure, D.vde, Petrie, H. (2010). *Using audio to support animated route information in a hospital touch-screen kiosk.* Computers in Human Behavior 2010;26 (4): 753 -9
- Dilshad Khan et al. (2005). Final Report Migrant Friendly Hospital Project at: Bradford Teaching Hospitals; NHS Foundation Trust
- Dahhan, N., Meijssen, D., Chegary, M., Bosman, D., Wolf, B. (2012). *Ethnic diversity outpatient clinic in paediatrics.* BMC Health Services Research (2012) 12:12
- Clancy, C. (2009). *Reengineering Hospital Discharge: A Protocol to Improve Patient Safety, Reduce Costs, and Boost Patient Satisfaction.* American Journal of Medical Quality 2009; 24; 344 originally published online Jun 5, 2009



- DeWalt, A.D. et al. (2006). *A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial*. BMC Health Services Research 2006, 6:30 doi:10.1186/1472-6963-6-30
- Murray, M., Young, J., Hoke, S., Tu, W., Weiner, M., Morrow, D. et al. (2007). *Pharmacist Intervention to Improve Medication Adherence in Heart Failure A Randomized Trial*. Annals of Internal Medicine. 2007 May;146(10):714-725
- Peek, M.E., Algernon, A. & Huang, E. (2007). *Diabetes Health Disparities: A systematic Review of Health care Interventions*. Med. Care Rev. 2007 October; 64(5 Suppl): 101S-156S

### Overige relevante literatuur over interventies

- Blake, C. et al. (2010). *A Qualitative Evaluation of a Health Literacy Intervention to Improve Medication Adherence for Underserved Pharmacy Patients*. Nashville: Journal of health care for the poor and underserved 2010; 21(2): 559-567
- Chin, M., Walters, A., Cook, S., Huang, E. (2007). *Interventions to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. The University of Chicago. Med Care Res Rev. 2007 October ; 64(5 Suppl): 7S–28S
- Gillett, M., Dallosso, H.M., Dixon, S., Brennan, A., Carey, M.E., Campbell, M.J., Heller, S., Khunti, H., Skinner, T.C., Davies, M.J. *Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis*. BMJ 2010;341:c4093
- Hawthorne, K., Robles, Y., Cannings-John, R. and Edwards, A.G.K. (2010). *Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials*. Diabet. 2010 Med. 27, 613–623
- Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011). *The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review*. Health and Social Care in the Community (2011) 19(3), 225–249 <http://bit.ly/HsBEtG>
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). *The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*. Patient education and counseling, 61(2), 173-190
- Katz, M.G., Kripalani, S., & Weiss, B.D. (2006). *Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature*. American Journal of Health-System Pharmacy, 63(23), 2391-2398
- Lie, D.A., Lee-Rey, E., Gomez, A. et al. (2011). *Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research*. Journal of General Internal Medicine, 26 (3), 317 – 325

- Liu, J.J., Davidson, E., Bhopal, R. et al. Adaptation of health promotion interventions for ethnic minorities: a mixed methods review in: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (eds) (2012): Cost series on Health and Diversity volume 1, Health inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities. Antwerp-Apeldoorn Granat publishers 2012: 257-269
- Muir, K.W. et al. (2012). *The influence of health literacy level on an educational intervention to improve glaucoma medication adherence*. Patient Education and Counseling Volume 87, Issue 2, May 2012: 160–164
- Netto, G. (2012). Health promotion intervention for migrant groups: the need for a strategic approach and key principles. Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (eds): Cost series on Health and Diversity volume 1, Health inequalities and Risk Factors among migrants and ethnic minorities. Antwerp-Apeldoorn Granat publishers 2012: 257-269
- Renzaho, A.M.N., Romios, P., Crock, C., & Sønderlund, A.L. (2013). *The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care - a systematic review of the literature*. International Journal for Quality in Health Care, 25(3), 261-269
- Sisk, J.E. et al. (2006). *Effects of Nurse Management on the Quality of Heart Failure Care in Minority Communities*. Ann Intern Med. 2006; 145: 273-283.
- Two Feathers J. Kieffer ECPalmisano G, Anderson M, Sinco Blanz N, Heisler M, Spencer M et al (2005) *Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH) Detroit Partnership: Improving Diabetes-Related Outcomes Among African American and Latino Adults*. Am J Public Health. 2005;95:1552–1560. doi:10.2105/AJPH. 2005.066134)



