

Stappenplan: Gezondheidsverschillen in richtlijnen

Dit stappenplan kan houvast bieden aan ontwikkelaars van richtlijnen om de aandacht voor gezondheidsverschillen beter te borgen in de richtlijn. Het is van belang al deze punten na te lopen bij de ontwikkeling of aanpassingen van richtlijnen.

Stap 1: Voorbereiding: Maak al bij het opstellen van de richtlijn iemand verantwoordelijk voor aandacht voor diversiteit in de populatie. Vervolgens kan bij de beoordeling van de richtlijn aan andere partijen specifiek gevraagd worden om commentaar te geven met betrekking tot bepaalde groepen.

Stap 2: Relevantie van aandacht voor gezondheidsverschillen: Ga na of etnische of socio-economische gezondheidsverschillen relevant kunnen zijn bij het probleem / de aandoening (denk aan epidemiologie, presentatie en beloop en diagnostiek, behandeling en beleid). Een korte literatuursearch en raadpleging van zowel experts als mensen uit de dagelijkse praktijk kunnen hiervoor een indicatie geven. Indien verschillen waarschijnlijk relevant zijn, volg de volgende stappen. Denk daarbij aan de volgende groepen:

- Mensen met andere etnische afkomst: Van ruim 20% van de Nederlanders is een van de ouders niet in Nederland geboren.
- Laaggeletterden: Mensen die zo veel moeite hebben met lezen en schrijven dat men niet goed kan functioneren in het dagelijks leven. 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd en/of laaggecijferd, hiervan is 2/3 autochtoon.
- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden: Onvoldoende vaardig om informatie over gezondheidszorg te vinden, begrijpen en toe te passen bij het nemen van beslissingen over gezondheid. Dit geldt voor 29% van de Nederlandse bevolking.
- Laagopgeleide mensen of mensen met laag inkomen. Zij hebben significant slechtere gezondheidsuitkomsten.

Stap 3: Search van wetenschappelijke literatuur, inclusief grijze literatuur naar verschillen.

Zoektermen o.a.: migrant*, immigrant*, ethnic*, cultural*, literacy, "health literacy", education*. Vaak is weinig onderzoek verricht onder deze groepen, zeker in Nederland. De volgende strategieën kunnen helpen om relevante informatie te verkrijgen:

- Raadpleging van grijze literatuur (bv. onderzoeksverslagen van studentenonderzoeken bij universiteiten of kennisinstituten).
- Met enkele deskundigen beoordelen of onderzoek onder ander groepen / in andere landen ook toepasbaar is op de Nederlandse groepen / situatie. Voorbeeld: Afro-Amerikanen hebben dezelfde genetische afkomst als veel Nederlanders van creoolse afkomst. Adviezen m.b.t. hypertensie medicatie kunnen derhalve voor beide groepen gelden. Informatie over toegang tot en gebruik van zorg kan niet voor beide groepen worden gebruikt, omdat de gezondheidszorg in Amerika sterk verschilt van die in Nederland.
- Raadplegen van professionals met veel patiënten uit de betreffende groep: welke verschillen kennen zij uit de praktijk
- Raadplegen kennisinstituut, zoals Pharos of website www.huisartsmigrant.nl

Stap 4: Aandacht voor toegankelijkheid / bereik / begrijpelijke communicatie: Bekend is dat mensen met een migrantenachtergrond, laaggeletterdheid en/of lage SES vaak onvoldoende bereikt worden door preventieve voorzieningen of voortijdig uitvallen bij een behandeling. Ruim 25% van de Nederlanders heeft onvoldoende gezondheidsvaardigheden. Dit betreft ook veel autochtone Nederlanders. Vaak hebben zij moeite met het gangbare schriftelijk materiaal en het taalgebruik van de hulpverlener. Veel folders, interventies, behandelingen gaan uit van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij deze groep niet voldoende aanwezig is. Ga na of de voorgestelde adviezen in de richtlijn alle doelgroepen optimaal bereiken, en besteed specifiek aandacht aan:

1. de communicatie en voorlichting over het onderwerp;
2. Is de behandeling cultureel geaccepteerd?

3. Is de patiëntinformatie voldoende begrijpelijk?

Deze vragen worden deels met het literatuuronderzoek uit de voorgaande stap beantwoord. Daarnaast is raadpleging van mensen uit de doelgroep verstandig, als dit niet al door anderen gerapporteerd is. Geschikt voorlichtingsmateriaal is of wordt ontwikkeld in samenwerking met de doelgroep.

Pharos heeft uitgebreide ervaring met het beoordelen van protocollen en richtlijnen in de zorg op diversiteit en kan u bijstaan met advies bij de ontwikkeling/beoordeling van de richtlijn.

Voorbeelden van diversiteit in richtlijnen:

- Astma en COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen vaker voor bij mensen met verminderde gezondheidsvaardigheden.
- Diabetes Mellitus en CVRM: verschil in risicofactoren en behandeling van diabetes en van hypertensie. Bijvoorbeeld de afkappunten voor BMI en middelomtrek zouden lager moeten liggen voor Aziaten, omdat zij al bij lagere waarden metabole en vasculaire complicaties ontwikkelen.
- Etnisch - Genetische verschillen in farmacokinetiek bij met name antidepressiva en antipsychotica: Verschillen in serumconcentratie van cytochrom P450 kan zorgen voor een sneller (Afrika) of langzamer (Azie) metabolisme van medicatie.
- Acne: verschil behandeling donkere huid.
- Anticonceptie – spiraal: meer myomen bij Afrikaanse vrouwen en minder acceptatie van uitblijven menstruatiecyclus bij Moslima's.
- Richtlijnen palliatieve zorg: verschillende culturele opvattingen omtrent doel behandeling en inzet morfine (Nederlandse benadering streven naar goede dood versus (vaak) migranten benadering: streven naar zo lang mogelijk leven en helder sterven).
- Voor de implementatie in het algemeen geldt: Bevorder inzet van tolken bij taalbarrière; Geef handvaten voor de wijze van bereiken van overeenstemming over behandeldoelen met patiënten, maak geschikt voorlichtingsmateriaal voor mensen met lage SES en anderstaligen