

# Aandacht voor sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen in richtlijnen

maart 2023

Medische richtlijnen ondersteunen zorgprofessionals bij diagnostiek en behandeling. Ze richten zich op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek onder grote groepen mensen. Uitkomsten zeggen dus iets over de gemiddelde deelnemer aan het betreffende onderzoek.

In klinisch onderzoek zijn vrouwen, ouderen, mensen met een opleiding tot mbo-2-niveau en mensen met een migratieachtergrond vaak sterk ondervertegenwoordigd. Daardoor zijn richtlijnen niet altijd toepasbaar op deze groepen. Opleiding, taal, omstandigheden en achtergrond kunnen bijvoorbeeld invloed hebben op het vermogen tot zelfmanagement en het innemen van medicatie volgens voorschrift. Het is daarom belangrijk om bij elke nieuwe richtlijn of herziening na te gaan of en zo ja welke elementen anders zijn of missen voor deze groepen. (Manna, 2006) (Munster, 2017) (Devillé, 2010) (Kunst, 2008).

## Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland

- 2,5 miljoen mensen in Nederland zijn laaggeletterd (Rekenkamer, 2016).
- 1 op de 4 Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (Willems, 2022).

## Migratieachtergrond

Op 1 januari 2022 was bijna 15 procent van de Nederlandse bevolking in het buitenland geboren. Daarnaast had bijna 12 procent van de bevolking ten minste één ouder die in het buitenland is geboren (CBS, 2023).

## Sociaal-economische status

De sociaal-economische status (SES) staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder.

Die positie ontstaat uit een combinatie van;

1. Materiële omstandigheden.
2. Vaardigheden, capaciteiten en kennis.
3. Het sociale netwerk en de status en macht van mensen in dat netwerk. SES kan niet op een directe manier gemeten worden. Wel kan SES bij benadering gemeten worden met de indicatoren inkomen, opleidingsniveau en beroepsstatus (CBS, 2023).

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

## Stap 1: Maak iemand verantwoordelijk voor diversiteit

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. Pharos kan hierbij ook helpen. Bijvoorbeeld door het verzorgen van een training *diversiteit in richtlijnen* zodat de commissie vanaf de start diversiteit meeneemt in het literatuuronderzoek en de aanbevelingen.

## Stap 2: Breng relevante gezondheidsverschillen in kaart

Er is vaak geen of weinig aandacht voor sociaal-economische of etnische gezondheidsverschillen (Kunst, 2008). Zoek actief in de literatuur naar deze verschillen en let daarbij op sociaal-economische status. Dit wordt berekend door te kijken naar opleidingsniveau, inkomen en beroep. Let daarnaast ook op leeftijd, etniciteit en sekse. Vaak blijken er relevante verschillen te zijn tussen groepen en zijn deze kenmerken relevant bij het probleem / de ziekte. Ze zijn dan ook van invloed op de aanbevelingen in de richtlijn.

Achtergestelde groepen in Nederland zijn niet of nauwelijks vertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek (Pharos, 2022). Zoek in wetenschappelijke literatuur naar sociaal-economische, etnische en sekseverschillen. Gebruik onder andere de volgende zoektermen.: migrant\*, immigrant\*, ethnic\*, cultural\*, literacy, health literacy, education\*, metabolism, genes, etc. Helaas is weinig onderzoek verricht onder verschillende groepen, zeker in Nederland. De volgende strategieën kunnen helpen om relevante informatie te krijgen:

- Raadpleeg grijze literatuur. Bijvoorbeeld onderzoeksverslagen van studentenonderzoeken bij universiteiten of kennisinstituten.
- Beoordeel met een aantal deskundigen of onderzoek onder andere groepen / in andere landen ook toepasbaar is op de Nederlandse groepen / situatie. Voorbeeld: Afro-Amerikanen hebben dezelfde genetische afkomst als veel Nederlanders van Afro-Surinaamse afkomst. Adviezen m.b.t. hypertensie medicatie kunnen dus voor beide groepen gelden. Informatie over toegang tot en gebruik van zorg geldt niet zonder meer voor de Nederlandse situatie omdat de gezondheidszorg in Amerika sterk verschilt van die in Nederland.
- Raadpleeg professionals die veel patiënten uit etnische groepen of sociaal-economische groepen behandelen: welke verschillen kennen zij uit de praktijk?
- Raadpleeg een kennisinstituut zoals Pharos of zoek op de website [www.huisartsmigrant.nl](http://www.huisartsmigrant.nl).

### Voorbeelden van diversiteit bij verschillende aandoeningen:

- Astma en COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen vaker voor bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mede als gevolg van chronische stress (Hosper, 2021) (Agyemang C, 2005) (Beune EJ, 2008) (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009)
- 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 mensen afkomstig uit Azië, omdat zij al bij lagere waarden metabole en vasculaire complicaties ontwikkelen (F. Razak, 2007) (H. Dijkshoorn, 2003).
- Hindoestanen moeten al op jongere leeftijd op diabetes worden gecontroleerd (H. Dijkshoorn, 2003).
- Hypertensie uit zich vaak op andere wijze bij mensen met een Afrikaanse afkomst (Agyemang C, 2005) (Beune EJ, 2008) (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2009).

- 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 (Azië) metabolisme van medicatie (Vintges M, 2012).
- Acne: verschil behandeling donkere huid (Callender, 2005).
- Anticonceptie, spiraal: meer myomen bij vrouwen afkomstig uit Afrikaanse landen (Marshall LM, 1997) (Sangeeta Dhmil and Aziz Sheikh, 2000)
- Richtlijnen palliatieve zorg: verschillende opvattingen omtrent doel behandeling en inzet morfine (M. van den Muijsenbergh, April 2015) (De Graaff FM, 2010)

### Farmacogenetica

Bij een aantal ziekten zijn etnische verschillen in reactie op medicatie relevant. Voor CYP2D6 geldt dat minder dan 2% van de Aziaten en Noord-Europeanen ultrasnelle metabolisatoren zijn, terwijl dit voor 29% van de Ethiopiërs geldt. Bij geneesmiddelen die door CYP2D6 gemetaboliseerd worden, zoals antidepressiva, antipsychotica, bètablokkers en anti-aritmica, kan het nodig zijn om bij ultrasnelle metabolisatoren hoger te doseren. CYP2C19 metaboliseert onder andere protonpompremmers, antidepressiva en benzodiazepines. 10-25% van de Aziaten en 2-3% van de westerse (witte) bevolking is een trage metaboliseerder voor dit enzym en heeft daardoor een lagere dosering nodig. Etniciteit is niet geschikt als kenmerk om de dosering zonder meer op aan te passen, maar kan wel een reden zijn om eerder farmacogenetisch onderzoek te overwegen vóór start van een geneesmiddel (Artsengenetica, sd).

### Stap 3: Besteed aandacht aan toegankelijkheid en begrijpelijkheid van communicatie en aan persoonsgerichte zorg

Opleiding, taal, omstandigheden en gezondheidsvaardigheden kunnen invloed hebben op het vermogen tot zelfmanagement en het innemen van medicatie volgens voorschrift. Denk bijvoorbeeld aan de rol van chronische stress (Hosper, 2021).

Voorlichting moet daarom toegesneden zijn op de gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Veel folders, interventies en behandelingen gaan uit van een taalvaardigheid en een abstractievermogen die bij een grote groep mensen niet voldoende aanwezig zijn.

Mensen met een migratieachtergrond, mensen die laaggeletterd zijn, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of mensen met een lage SES worden vaak onvoldoende bereikt door preventieve voorzieningen of vallen voortijdig uit bij een behandeling. Ruim 25% van de Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit zijn ook veel mensen die in Nederland geboren zijn.

Ga na of de voorgestelde adviezen in de richtlijn alle doelgroepen optimaal bereiken, en besteed specifiek aandacht aan:

- de communicatie en voorlichting over het onderwerp;
- is de behandeling cultureel geaccepteerd?
- 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.

### Persoonsgerichte zorg

Rekening houden met sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen is belangrijk voor goede uitkomsten van zorg. Het bieden van persoonsgerichte zorg, die de persoon van de patiënt centraal zet en niet zijn medische toestand, is daarbij cruciaal. Er moet aandacht zijn voor het dagelijks leven, de sociale omstandigheden, emoties, waarden en behoeftes van de patiënt (Muijsenbergh, 2022).

Aandacht voor sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen in de richtlijn bevordert persoonsgerichte zorg: de zorg wordt beter afgestemd op de kenmerken en context van de betreffende patiënt. Met meer zorg op maat en betere kwaliteit van zorg als gevolg.

Ook cultuursensitief werken is onderdeel van persoonsgerichte zorg. Beschrijf in de richtlijn hoe cultuursensitief werken onderdeel van de behandeling kan zijn. Infographic over cultuursensitieve werken. [Link](#)

## Stap 4 Geef in de richtlijn handvatten om de adviezen toe te passen aan de behoeften en doelen van de patiënten

Neem in de richtlijn op waar eenvoudig voorlichtingsmateriaal over het onderwerp te vinden is.

### Achtergrondinformatie voor professionals over begrijpelijke en cultuursensitieve communicatie

- Informatie over laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. [Link](#)

### Tips voor professionals voor in de spreekkamer

- Maak gebruik van de terugvraagmethode. Hiermee kun je nagaan of jouw boodschap begrijpelijk genoeg was. Je doet dit door de patiënt te vragen 'Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wilt u mij vertellen wat u thuis gaat vertellen?' De patiënt herhaalt in eigen woorden het gesprek, of niet. Hierna kun je, indien nodig, bijstellen of aanvullen. [Link](#)
- Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze gesprekskaart is voor iedereen die bij je op het consult komt. Het ondersteunt je in het gesprek met de patiënt. [Link](#)
- Schakel bij een taalbarrière een professionele tolk in. [Link](#)

### Begrijpelijk voorlichtingsmateriaal

- Maak gebruik van begrijpelijke informatie, duidelijke afbeeldingen en beeldmateriaal:
  - Begrijp je Lichaam is praktisch voorlichtingsmateriaal over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en teksten. [Link](#)
  - Thuisarts bevat betrouwbare informatie over ziekte en gezondheid. In tekst, met voorleesfunctie en met filmfragmenten. [Link](#)

## Vragen?

We helpen je graag bij de ontwikkeling en revisie van richtlijnen. Neem voor advies contact op met Sanne Niemer: [s.niemer@pharos.nl](mailto:s.niemer@pharos.nl).

## Referenties

Informatie van Infosheet Pharos over inclusief onderzoek mei 2022. [Link](#)

- Agyemang C, B. N. (2005). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Black Surinamese, South Asian Surinamese and White Dutch in Amsterdam, The Netherlands: the SUNSET study. *J Hypertens.*, 1971-7.
- Artsengenetica. (sd). Opgehaald van <https://artsengenetica.nl/info/farmacogenetica>
- Beune EJ, H. J. (2008). How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study. *J.Hypertens*, vol. 26, no. 4, pp. 648-656.
- Callender, V. (2005). Considerations for treating acne in ethnic skin. *Cutis*, 76:19-23.
- CBS. (2023, Maart 7). Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-inwoners-hebben-een-herkomst-buiten-nederland>
- CBS. (2023, Maart 7). Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/45/berekenwijze-ses-score-per-wijk-buurt>
- De Graaff FM, F. A. (2010). 'Palliative care'; a contradiction in terms? A qualitative study among cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers. *BMC Palliative Care*, 9:19.
- Devillé, W. (2010). *Diversiteit in de Nederlandse Gezondheidszorg. De migrant als klant*. Amsterdam: Vossiuspers.
- F. Razak, S. A. (2007). Defining obesity cut points in a multiethnic population, *Circulation*. 115:2111-2118.
- H. Dijkshoorn, D. U. (2003). Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 147:1362-6.
- Hosper, K. e. (2021). *Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen*. . Pharos.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2009). *Ongelijkheid in gezondheid, is gezondheidszorg van belang? Sociaaleconomische en etnische verschillen in gezondheidszorguitkomsten op het terrein van hart- en vaatziekten in Nederland*. 17: november.
- Kunst, A. M. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Studie in opdracht van ZonMw*. . Utrecht/Den Haag: ZonMw.
- M. van den Muijsenbergh, F. d. (April 2015). Palliatieve zorg voor migranten vraagt kennis van verschillen. *Pallium*, Volume 17, Issue 2, pp 8-10.
- Manna, D. (2006). *Standardisation in a Multi-Ethnic World: a Paradox? The Validity of Guidelines in the Treatment of Patients with Different Ethnic Backgrounds*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Marshall LM, S. D. (1997). Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol*, 90:967-73.
- Muijsenbergh, M. v. (2022). *Persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. . Prelum.
- Munster, B. v. (2017). Maak richtlijnen op maat voor ouderen. Effecten van behandeling zijn anders bij mensen op leeftijd. *Medisch Contact* 38, 30-32.
- Rekenkamer, A. (2016). *Aanpak van laaggeletterdheid*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Sangeeta Dhml and Aziz Sheikh (2000).
- Vintges M, v. d. (2012). Etnische en culturele diversiteit in farmacotherapie. *MFM*, 3: 55-56.
- Willems, A. H. (2022). *Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021*. Utrecht: Nivel.