

Inclusieve richtlijnontwikkeling

Augustus 2024

Medische richtlijnen zijn essentieel voor zorgprofessionals, omdat ze ondersteuning bieden bij de diagnostiek en behandeling, en de kwaliteit van zorg verbeteren. Veel richtlijnen houden echter onvoldoende rekening met sociaaleconomische en etnische verschillen, wat tot grotere gezondheidsverschillen kan leiden.

De infosheet over inclusieve richtlijnen¹ benadrukt het belang van inclusieve richtlijnen die rekening houden met deze verschillen. Ook beschrijft de infosheet hoe de aandacht hiervoor kan bijdragen aan betere zorg en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Het kan gebruikt worden als achtergronddocument.

In dit stappenplan worden vijf praktische stappen beschreven, die richtlijnontwikkelaars kunnen volgen om rekening te houden met diversiteit en daarmee inclusieve richtlijnen te ontwikkelen. Het is van belang al deze punten na te lopen bij de ontwikkeling of herziening van richtlijnen. Bijbehorende checklist (in bijlage) helpt om te bepalen op welke onderdelen mogelijk extra aandacht nodig is.

Stap 1: Maak iemand verantwoordelijk voor diversiteit

Doel: Zorg ervoor dat er een specifieke verantwoordelijke is voor het integreren van diversiteitsaspecten in het richtlijnontwikkelingsproces.

Acties:

- Benoem een diversiteitscoördinator of inclusie-expert binnen het richtlijnsteam om toezicht te houden op aandacht voor sociaaleconomische en etnische verschillen in elke fase van de richtlijnontwikkeling. Doe dit al bij de start van het opstellen van de richtlijn of van de herziening.
- Vraag feedback aan relevante partijen. Betrek diverse groepen en (ervarings)deskundigen bij de knelpuntenanalyse en het beoordelen van de richtlijn door hen expliciet te vragen om aandacht te hebben voor hoe toepasbaar de richtlijn is voor diverse groepen mensen. Denk aan patiëntvertegenwoordigers die voldoende kennis hebben over een brede patiëntenpopulatie en ervaringsdeskundigen die met een andere 'bril' naar data kunnen kijken.

Stap 2: Breng gezondheidsverschillen en risicogroepen in kaart

Doel: Identificeer sociaaleconomische gezondheidsverschillen en specifieke risicogroepen die in de richtlijnen moeten worden opgenomen. Bepaal ook hoe deze verschillen van invloed zijn op de aanbevelingen in de richtlijn en hoe ze kunnen bijdragen aan het verbeteren van de effectiviteit en inclusiviteit van de zorg.

Acties:

- Zoek actief in de literatuur naar mogelijke verschillen in incidentie en prevalentie, met specifieke aandacht voor sociaaleconomische positie. Dit wordt berekend door te kijken naar

¹ Inclusieve richtlijnen. Hoe inclusieve richtlijnen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Link volgt

opleidingsniveau, inkomen en beroep; eventueel is postcode als een proxy te gebruiken. Het is van belang om te erkennen dat sommige risicofactoren vaker voorkomen bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Door deze verschillen systematisch in kaart te brengen, kunnen richtlijnen beter worden afgestemd op de diverse behoeften van de bevolking.

Bijvoorbeeld:

- Onder de 1 miljoen longpatiënten zijn mensen met een opleidingsniveau tot mbo-2 niveau oververtegenwoordigd. Daarnaast telt de groep longpatiënten veel ouderen en mensen met een migratieachtergrond. (Bron: Heijmans, M. J. W. M. (2006). Mensen met COPD met een lage sociaaleconomische status. Utrecht: Nivel)
- Patiënten met borstkanker, prostaatkanker, niet-kleincellig longkanker, dikkedarmkanker en melanoom uit de lagere inkomensgroep ondergaan minder vaak een tumorgerichte behandeling. (Bron: <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport-2#samenvatting>)
- Beschrijf een brede anamnese die niet beperkt blijft tot medische factoren, maar die ook sociaaleconomische factoren en de leefomgeving van de patiënt omvat. Richtlijnontwikkelaars kunnen bepalen of factoren zoals opleidingsniveau, inkomen, beroep, en de leefomgeving in kaart moeten worden gebracht voor de betreffende richtlijn. Door deze factoren mee te nemen, kunnen richtlijnen zorgverleners beter ondersteunen bij het bieden van meer gepersonaliseerde en effectieve zorg, aangepast aan de context en risicofactoren van de patiënt. Bijvoorbeeld:
 - Een laag inkomensniveau kan leiden tot chronische stress, een ongezond voedingspatroon en beperkte toegang tot preventieve zorg, allemaal risicofactoren voor hartziekten.
 - Sommige beroepen, met name die met onregelmatige werktijden of hoge fysieke stress, kunnen het moeilijker maken om een gezond eet- en bewegingspatroon vol te houden, wat kan bijdragen aan het risico op diabetes type 2.
- Let op de mogelijke aanwezigheid van laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden en chronische stress. Beschrijf hoe deze invloed kunnen hebben op de effectiviteit van behandelingen en communicatie. Bijvoorbeeld:
 - Astma en COPD, diabetes type 2, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beduidend vaker voor. (Bron: Rademakers, J. (2014). Kennissynthese gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel en <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>)
 - Diabetes type 2 komt vaker voor onder mensen die laaggeletterd zijn: onder mannen heeft 5,2% van de laagst geletterde mannen diabetes type 2 tegenover 1,5% van de hoogst geletterde mannen. Voor vrouwen is dat verschil nog groter: respectievelijk 6% en 0,9% (Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen en <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>)
- Zoek actief naar relevante verschillen op basis van sekse, gender en leeftijd. Bepaal hoe sekse, gender en leeftijd de presentatie en behandeling van aandoeningen beïnvloeden en hoe

richtlijnen hierop moeten worden aangepast. Hou daarbij ook rekening met intersectionaliteit²; verschillende vormen van ongelijkheid kunnen elkaar beïnvloeden³. Bijvoorbeeld:

- De atypische symptomen van een hartinfarct bij vrouwen, zoals vermoeidheid, misselijkheid, maagpijn, en pijn in de kaak of rug zonder pijn op de borst. Hierdoor wordt het hartinfarct bij vrouwen soms later of minder vaak herkend. (Bron: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.015519>)
- Bij het ontwikkelen van richtlijnen voor de preventie en behandeling van osteoporose is het essentieel om leeftijd als een belangrijke factor te beschouwen. De incidentie en ernst van osteoporose variëren aanzienlijk met de leeftijd, wat betekent dat de aanbevelingen in de richtlijn moeten worden afgestemd op de specifieke behoeften van verschillende leeftijdsgroepen. (Bron: <https://www.nve.nl/aandoening/osteoporose/>)
- Zoek actief naar relevante verschillen op basis van etniciteit. Bijvoorbeeld:
 - Mensen met een donkere huid maken minder vitamine D aan. Dat is bijvoorbeeld relevant bij de NHG-Standaard Fractuurpreventie. "Bij personen die nooit in de buitenlucht komen, zoals verpleeghuispatiënten, is het risico op een vitamine-D-deficiëntie hoog. In dat geval is het gerechtvaardigd zonder bepaling van de vitamine-D-spiegel vitamine-D te suppleren. Ook een donkere huidskleur gaat gepaard met een geringere aanmaak van vitamine D." (Bron: NHG-Standaard Fractuurpreventie)
 - Infectie-gerelateerde kankersoorten (maag-, lever-, galblaas- en baarmoederhalskanker) komen vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond. (Bron: Arnold, M. (2013, January 29). Ethnic Heterogeneity of Cancer in Europe : Lessons from registry-based studies in migrants. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/38601>)
- Let op inclusieve aanbevelingen bij de beschrijving van de anamnese en lichamelijk onderzoek. Doe dit door te controleren of ze diverse demografische groepen adequaat aanspreken en door te zorgen voor representatie in de beschrijvingen en aanbevelingen. Bijvoorbeeld:
 - Roodheid is bij een donkere huid minder goed te herkennen; het is dus belangrijk dat zorgverleners daar alert op zijn. "Stel de diagnose oppervlakkige tromboflebitis op het klinische beeld, namelijk bij pijn, roodheid en zwelling ter plaatse van een oppervlakkige vene die bij palpatie vast aanvoelt, als een koord of een streng. Let op: op een donkere huid is roodheid minder goed te herkennen." (Bron: NHG-Standaard diep-veneuze trombose)
 - Richtlijnen op gebied van mondzorg beschrijven soms gezond tandvlees als 'roze van kleur', wat de indruk wekt dat alleen roze tandvlees gezond is. De richtlijn Mondproblemen in de palliatieve fase gebruikt een inclusievere beschrijving, die erkent dat de kleur van gezond tandvlees kan variëren afhankelijk van huidskleur: "Donkerder tandvlees is normaal bij mensen met een donkere huidskleur. Het kan variëren van lichtbruin tot donkerbruin of zelfs zwart. Gezond tandvlees heeft een gelijkmatige kleur, ook als die kleur donkerder is." (Bron: Stichting PZNL, Mondproblemen in de palliatieve fase, herziene richtlijn)
- Zoek breed in de literatuur om een compleet beeld te krijgen van gezondheidsverschillen en risicogroepen. Gebruik niet alleen wetenschappelijke literatuur maar ook grijze literatuur en feedback van praktijkprofessionals om een vollediger beeld te krijgen. Achtergestelde groepen in Nederland zijn niet of nauwelijks vertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek. Zoek in

² Intersectionaliteit erkent dat mensen meerdere, overlappende identiteiten hebben die hun ervaringen en zorgbehoeften beïnvloeden. Denk hierbij aan etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, religie, sociaaleconomische status en leeftijd. <https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten/>

³ <https://aph-qualityhandbook.org/set-up-conduct/study-preparation/1-3-intersectionality/qualitative-research/>

wetenschappelijke literatuur onder meer naar sociaaleconomische verschillen, etnische verschillen, leeftijdsverschillen 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 informatie van Nivel, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, CBS en Pharos of zoek op de website www.huisarts-migrant.nl.
- Raadpleeg professionals die veel patiënten uit etnische groepen of sociaaleconomische groepen behandelen: welke verschillen kennen zij uit de praktijk?
- Gebruik PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) om de relevante vraagstellingen en knelpunten te formuleren. Zorg ervoor dat PICO-vragen ook de diversiteit van de populatie en de variabiliteit van interventies en uitkomsten weerspiegelen.

Stap 3: Beoordeel de geselecteerde onderzoeken kritisch

Doel: Beoordeel de onderzoeken die als basis dienen voor de richtlijn op representativiteit. Stel vervolgens vast of de uitkomsten wel of niet te generaliseren zijn. Zorg ervoor dat alle belangrijke groepen mensen goed zijn vertegenwoordigd en voorkom daarmee biases.

Acties:

- Controleer de representativiteit van de studiepopulatie. Wie heeft deelgenomen aan de onderzoeken? Zijn alle belangrijke groepen mensen vertegenwoordigd, zoals verschillende leeftijden, geslachten, etniciteiten en sociaaleconomische groepen? Zijn de resultaten van de studies niet alleen geldig voor één specifieke groep, maar voor een breed scala aan mensen?
- Analyseer de inclusiecriteria van de studies. Bekijk de criteria die worden gebruikt om deelnemers te includeren voor de studies. Welke mensen of groepen worden geëxcludeerd en zijn dat altijd dezelfde groepen?
- Hoe begrijpelijk zijn vervolgens de (patiënten)informatiebrief en de vragenlijsten? Ook op die manier worden mensen (onbewust) uitgesloten en dat kan van invloed zijn op de generaliseerbaarheid van de resultaten. En hoe zijn respondenten uitgenodigd om mee te doen: mondelinge uitnodiging door een zorgprofessional of onderzoeker, digitaal, brief, e-mail? Een brief, al dan niet digitaal, sluit al gauw mensen die minder bekend zijn met wetenschappelijk onderzoek en minder digitaal vaardig zijn en/of geen beschikking hebben over digitale middelen buiten.
- Houd rekening met methodologische beperkingen en vertekening in de studies, zoals bijvoorbeeld publicatiebias (alleen positieve resultaten worden gepubliceerd) of selectiebias (bepaalde groepen worden niet goed vertegenwoordigd). Geven de studies aan welke groepen mensen niet deel (konden) nemen?
- Evalueer met deskundigen of de onderzoeksresultaten toepasbaar zijn voor de Nederlandse context, rekening houdend met verschillen in gezondheidszorgsystemen en sociaaleconomische omstandigheden. Bijvoorbeeld:
 - Afro-Amerikanen hebben veelal dezelfde genetische achtergrond als Nederlanders met een Afro-Surinaamse achtergrond. Adviezen m.b.t. hypertensie medicatie kunnen dus voor beide groepen gelden. Informatie over toegang tot en gebruik van zorg gelden niet

zonder meer voor de Nederlandse situatie omdat de gezondheidszorg in Amerika sterk verschilt van die in Nederland.

- Blijf literatuur en de relevantie van sociaaleconomische of etnische verschillen kritisch beoordelen. Dikwijls komen gezondheidsverschillen niet voort uit vermeende genetische verschillen, maar uit sociaaleconomische ongelijkheden of omstandigheden. Toch worden deze dikwijls als etnisch verschillend bestempeld en daarmee geracialiseerd.
- Denk ook aan:
 - Kijk naar de onderzoeksvraag; welk of wiens probleem lost dit op, welk doel heeft het? Is dit inclusief of past dit ook bij het daadwerkelijke probleem van de doelgroep voor wie het onderzoek bedoeld is?
 - Welke onderzoeksmethode is er gekozen; RCT, vragenlijstonderzoek, individuele interviews, actie-onderzoek, zijn er co-onderzoekers uit de doelgroep, zijn er focusgroepen gehouden en met wie (beschrijving populatie) etc.
 - Welke meetinstrumenten zijn gebruikt?
 - Bijvoorbeeld cultuursensitieve diagnostiek:
<https://www.alzheimercentrumerasmusmc.nl/zorgprofessional/cross-culturele-dementiediagnostiek>
 - Hoe zijn de meetinstrumenten ontsloten (papier, digitaal, inloggen via systeem etc). Past dat bij de vaardigheden van alle mogelijke respondenten?
 - Welke taal is er gebruikt, past dit bij het taalgebruik van de beoogde respondenten?
 - Aandacht voor non-response en uitval van deelnemers: wie zijn dit en zijn dat altijd dezelfde groepen mensen? Zijn dit bijvoorbeeld mensen die een PROM niet in konden vullen omdat deze achter een digitale inlog zat?
 - Bij de verantwoording achteraf: Wordt in de beschrijving van de respondenten iets gezegd over opleidingsniveau, leesvaardigheid, SES, etc?

Stap 4: Werk persoonsgericht, cultuursensitief en stresssensitief

Doel: Vervlecht de principes van persoonsgericht werken (en dat omvat ook cultuursensitief en stresssensitief werken) in de richtlijn, zodat de richtlijn de zorgverlener voldoende ruimte geeft om aan te sluiten bij de persoonlijke situatie en wensen van de patiënt.

Acties:

- Rekening houden met onder andere sociaaleconomische 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. Benoem het belang van persoonsgericht werken. Bijvoorbeeld:
 - "Inleiding: De richtlijn 'Oncologische ulcera' is een symptoomgebonden richtlijn. De richtlijn geeft adviezen over diagnostiek, voorlichting en behandeling van oncologische ulcera en de klachten die daar het gevolg van zijn. De focus van de zorg dient echter de mens met een oncologisch ulcus te zijn en niet het oncologische ulcus op zichzelf. Dat impliceert het volgende voor de zorg. De zorgverlener heeft aandacht voor alle dimensies: niet alleen de lichamelijke dimensie (oncologische ulcera en de daardoor veroorzaakte klachten), maar ook de psychische, sociale en spirituele/existentiële dimensies." (Bron: Stichting PZNL. Richtlijn Oncologische Ulcera in de palliatieve fase)

- Ook cultuursensitief werken is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Benoem het belang van cultuursensitief werken. Bijvoorbeeld:
 - “De cultuur waarin een kind wordt opgevoed kan van invloed zijn op het proces van zindelijk worden. In West-Europese landen wordt over het algemeen gebruik gemaakt van de kindgerichte aanpak, waarbij gewacht wordt op signalen dat het kind klaar is voor de training. De meestgebruikte methode in landen in het Midden-Oosten is de gestructureerde gedragsmethode. Deze oudergerichte aanpak is gestructureerd en intensief. Daarnaast is er de vroege eliminatiemethode, deze is gangbaar in onder andere delen van China, Afrika en Centraal- en Midden-Amerika. Na iedere voeding, of als het kind signalen afgeeft die wijzen op behoefte tot mictie of defecatie, wordt het kind boven het toilet of op een potje gehouden door de ouder. Naast de gehanteerde methode van zindelijkheidstraining kunnen cultuur en tradities invloed hebben op andere relevante factoren zoals het eetpatroon en opvoedstijl. Het vraagt van de JGZ-professional een (cultuur)sensitieve houding om te begrijpen waar bepaalde keuzes rondom zindelijkheid mogelijk vandaan komen.” (Bron: JGZ-richtlijn Zindelijkheid, in herziening)
- Chronische stress en mentale problemen kunnen het vermogen van patiënten om de weg naar de juiste zorg te vinden beïnvloeden. Benoem het belang van stresssensitief werken in relevante richtlijnen. Zorg ervoor dat behandelplannen en communicatie aangepast worden om rekening te houden met de negatieve impact van chronische stress op denk- en doenvermogen, zoals het vermogen om afspraken te plannen en je te concentreren op informatie over waar je terecht kunt met welke vraag. Het werkt ook andersom; het niet kunnen vinden of krijgen van de juiste zorg of ondersteuning zorgt voor stress. (Bron: <https://www.pharos.nl/infosheets/mentale-gezondheid-stress-kwetsbare-groepen/>)
- Gebruik een inclusieve woordenlijst om terminologie te standaardiseren en sensitiviteit te waarborgen. Maak bijvoorbeeld gebruik van de inclusieve woordenlijst van Kennisplatform Inclusief Samenleven: <https://www.kis.nl/terminologie-inclusieve-communicatie>.

Stap 5: Besteed aandacht aan de begrijpelijkheid van adviezen

Doel: Zorg ervoor dat de behandeladviezen in de richtlijn helder en toegankelijk zijn voor alle gebruikers, ongeacht hun achtergrond of gezondheidsvaardigheden.

Acties:

- Heb in het hoofdstuk voorlichting aandacht voor de rol van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden en voor een taalbarrière bij mensen die het Nederlands niet als eerste taal spreken. Het helpt om de aantallen te benoemen om de bewustwording te vergroten. Of benoem het belang van rekening houden met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Bijvoorbeeld:
 - In Nederland zijn 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder laaggeletterd en heeft 35% van de volwassenen beperkte gezondheidsvaardigheden. (Bron: <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/informatie-over-laaggeletterdheid-nederland> en Heijmans, M., Cariot, L., Brabers, A., & Rademakers, J. (2024). Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden - feiten en cijfers 2023. Utrecht: Nivel.)
 - “Laat de voorlichting zoveel mogelijk aansluiten bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en persoonlijke behandeldoelen van de patiënt”. (Bron: NHG- Standaard Atriumfibrilleren)

- Beschrijf de terugvraagmethode als effectief middel om te controleren hoe je boodschap is overgekomen. Bijvoorbeeld:
 - In het hoofdstuk voorlichting: Terugvragen helpt bij goede zorg. Met de terugvraagmethode kun je als zorgprofessional nagaan of jouw boodschap goed is overgekomen. 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. (Bron: <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>)
- Het is belangrijk om alert te zijn dat het onvoldoende werkzaam zijn van medicatie ook het gevolg kan zijn van verkeerde medicatie-inname. Het gebruik van de terugvraagmethode bij het voorschrijven (hoe gaat u het gebruiken?) of wijzigen van medicatie (hoe heeft u het gebruikt?) is daarom essentieel.
- Soms wordt in het richtlijn geschreven over motivatie of therapietrouw. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat iemand niet goed voor zichzelf zou willen zorgen. Vaak is het een kwestie van niet goed voor zichzelf kunnen zorgen, door bijvoorbeeld psychosociale problematiek, doordat de diagnose niet begrijpelijk genoeg is uitgelegd en/of de behandeling niet aansluit. Extra aandacht voor de begrijpelijkheid van de adviezen is daarom cruciaal.
- Verwijs waar mogelijk naar begrijpelijke materialen en hulpmiddelen om de richtlijnen toegankelijk te maken voor alle gebruikers. Bijvoorbeeld:
 - 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. <https://www.pharos.nl/kennisbank/gesprekskaart-voor-patienten-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
 - Schakel bij een taalbarrière een professionele tolk in. <https://www.pharos.nl/infosheets/tolken-in-de-zorg/>
 - Begrijp je Lichaam is praktisch voorlichtingsmateriaal over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en teksten. <https://www.pharos.nl/begrijpjelichaam/>
 - Thuisarts bevat betrouwbare informatie over ziekte en gezondheid. In tekst, met voorleesfunctie en met filmfragmenten. <https://www.thuisarts.nl/>
- Wanneer de in de richtlijn genoemde risicofactoren meer voorkomen bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie, is het extra van belang na te denken over de begrijpelijkheid van je adviezen en de gebruikte materialen.
- Raadpleging van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is verstandig, als dit niet al door anderen gerapporteerd is. Geschikt voorlichtingsmateriaal is of wordt ontwikkeld in samenwerking met hen.
- Voor multidisciplinaire richtlijnen is het ook van belang om na te denken over de begrijpelijkheid van de richtlijn voor verschillende zorgprofessionals die met de richtlijn moeten werken.

Vragen?

Heb je vragen over het stappenplan? Stuur een mail naar: s.niemer@pharos.nl.

Inclusieve richtlijnontwikkeling

Augustus 2024

Voor wie is deze sneltest bedoeld?

Deze sneltest is speciaal ontwikkeld voor richtlijnontwikkelaars die inclusieve richtlijnen willen maken of bestaande richtlijnen willen herzien. Of je nu werkt aan een nieuwe richtlijn of een bestaande richtlijn aanpast, deze test helpt je snel inzicht te krijgen in hoe goed je scoort op de verschillende onderdelen van inclusiviteit.

Waarom deze sneltest invullen?

Inclusieve richtlijnen zijn essentieel om ervoor te zorgen dat de adviezen toepasbaar zijn voor iedereen. Deze sneltest maakt het eenvoudig om te beoordelen of je richtlijn iedereen voldoende bedient. De test biedt concrete handvatten en zorgt ervoor dat je geen cruciale stappen overslaat bij het ontwikkelen of herzien van een richtlijn.

Hoe werkt de sneltest?










De sneltest is gekoppeld aan het stappenplan voor inclusieve richtlijnontwikkeling en omvat verschillende stappen en sub-stappen. Je kunt eenvoudig aangeven hoe je scoort op elk onderdeel:










Rood= nee of nauwelijks









Oranje= een beetje, maar kan beter/of meer

Groen= ja / goed

Gebruik deze test als een praktische leidraad om ervoor te zorgen dat je richtlijn werkelijk inclusief is.

Toelichting	Kleur	Toelichting	Verbeteractie
Stap 1: Maak iemand verantwoordelijk voor diversiteit			
Richtlijnontwikkelaars zijn bekend met sociaal-economische gezondheidsverschillen, laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden en de implicaties hiervan.			
Er is iemand verantwoordelijk gemaakt voor diversiteit.			
Diverse groepen en (ervarings)deskundigen zijn betrokken bij de knelpuntenanalyse en het beoordelen van de richtlijn.			
Stap 2: Breng gezondheidsverschillen en risicogroepen in kaart			
Er is in de literatuur gezocht naar mogelijke verschillen in incidentie en prevalentie, met specifieke aandacht voor sociaaleconomische positie.			
Er is een brede anamnese beschreven die niet beperkt blijft tot medische factoren, maar die ook sociaaleconomische factoren en de leefomgeving van de patiënt omvat.			
Er is gelet op de mogelijke aanwezigheid van laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden of chronische stress.			
Er is gezocht naar relevante verschillen op basis van sekse, gender en leeftijd.			
Er is gezocht naar naar relevante verschillen op basis van etniciteit.			
Aanbevelingen bij de beschrijving van de anamnese en lichamelijk onderzoek zijn inclusief.			

Er is breed gezocht in de literatuur om een compleet beeld te krijgen van gezondheidsverschillen en risicogroepen. Ook grijze literatuur en feedback van praktijkprofessionals zijn geraadpleegd.			
PICO-vragen weerspiegelen de diversiteit van de populatie en de variabiliteit van interventies en uitkomsten.			
Stap 3: Beoordeel de geselecteerde onderzoeken kritisch			
De representativiteit van de studiepopulatie is onderzocht.			
De inclusiecriteria van de studies zijn geanalyseerd.			
Er is gekeken naar de begrijpelijkheid van de informatiebrief en vragenlijst.			
Er is rekening gehouden met methodologische beperkingen en vertekening in de studies.			
Er is geëvalueerd of de onderzoeksresultaten toepasbaar zijn voor de Nederlandse context, rekening houdend met verschillen in gezondheidszorgsystemen en sociaaleconomische omstandigheden.			
Literatuur en de relevantie van sociaaleconomische of etnische verschillen zijn kritisch beoordeeld. Eventuele etnische verschillen zijn echt etnisch en niet sociaaleconomische van aard.			
Andere onderdelen van het onderzoek zijn bekeken: - onderzoeksvraag en onderzoeksmethode - meetinstrumenten - taal - non-response - verantwoording			

Stap 4: Werk persoonsgericht, cultuursensitief en stresssensitief			
Het belang van persoonsgericht werken is benoemd.			
Het belang van cultuursensitief werken is benoemd.			
Het belang van stresssensitief werken is benoemd in relevante richtlijnen.			
Er is een inclusieve woordenlijst gebruikt om terminologie te standaardiseren en sensitiviteit te waarborgen.			
Stap 5: Besteed aandacht aan de begrijpelijkheid van adviezen			
In het hoofdstuk voorlichting is aandacht voor de rol van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden en voor een taalbarrière bij mensen die het Nederlands niet als eerste taal spreken.			
De terugvraagmethode wordt benoemd als effectief middel om te controleren hoe je boodschap is overgekomen.			
Er is aandacht voor het feit dat het onvoldoende werkzaam zijn van medicatie ook het gevolg kan zijn van verkeerde medicatie-inname.			
Bij motivatie of therapietrouw is aandacht voor het feit dat dit niet altijd een kwestie van willen is, maar ook kunnen.			
Er wordt waar mogelijk verwezen naar begrijpelijke materialen en hulpmiddelen om de richtlijnen toegankelijk te maken voor alle gebruikers.	