

# Inclusieve richtlijnen

## Hoe aandacht voor diversiteit bijdraagt aan het verkleinen van gezondheidsverschillen

Oktober 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 diversiteit, waaronder sociaaleconomische en etnische verschillen. Dit kan tot grotere gezondheidsverschillen leiden.

Deze infosheet beschrijft met welke verschillen richtlijnontwikkelaars rekening moeten houden en wat de oorzaak is van het gebrek aan diversiteit in richtlijnen. Ook worden aanknopingspunten voor meer inclusie gegeven. Dit betreft de volledige versie van de infosheet inclusief literatuur.

## 1. Rekening houden met verschillen

Pharos is op verschillende manieren betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen, zoals door deelname aan knelpunteninventarisaties, externe commentaarrondes, klankbordgroepen en het verzorgen van trainingen voor richtlijnontwikkelaars. De focus ligt hierbij op hoe richtlijnen kunnen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen, met specifieke aandacht voor sociaaleconomische en etnische verschillen. Helaas krijgen deze verschillen in veel richtlijnen nog onvoldoende aandacht, wat aanzienlijke gevolgen kan hebben voor de kwaliteit en effectiviteit van de zorg.

Dit tekort aan aandacht voor diversiteit weerspiegelt zich in de praktijk, waar veel zorgprofessionals moeite hebben om passende zorg te bieden aan een steeds diversere populatie. Zij merken dat de richtlijnadviezen niet altijd effectief zijn voor patiënten met verschillende sociaaleconomische en etnische achtergronden. Meer aandacht voor deze diversiteit in de ontwikkeling en herziening van richtlijnen is daarom essentieel om de zorg beter af te stemmen op de behoeften, omstandigheden en vaardigheden van alle patiëntengroepen.

Een richtlijn kan nooit alle verschillen tussen mensen vangen, maar het is belangrijk om de relevante verschillen te benoemen. Oog voor verschillen hoort in elke richtlijn.

### 1.1 Sociaaleconomische verschillen

Sociaaleconomische verschillen verwijzen naar de ongelijkheden tussen mensen en groepen op basis van hun inkomen, opleidingsniveau en positie op de arbeidsmarkt. Deze verschillen hangen vaak samen met sociale ongelijkheid op andere levensdomeinen, zoals toegang tot gezondheidszorg, onderwijs, huisvesting, leefomgeving en bestaanszekerheid.

Sociaaleconomische factoren hebben een grote invloed op de gezondheid. Mensen in een lage sociaaleconomische positie krijgen op jongere leeftijd last van chronische aandoeningen, hebben een kortere levensverwachting en hebben vaker chronische aandoeningen. Bestaansonzekerheid en chronische stress spelen hierbij een belangrijke rol. Chronische stress leidt direct en indirect tot gezondheidsproblemen en is onder andere een belangrijke veroorzaker van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, depressie en verminderde werking van het immuunsysteem (Hosper, 2021).

Daarnaast hebben mensen met een lage sociaaleconomische positie niet alleen meer gezondheidsproblemen, maar ook minder toegang tot zorg en hulp. Of zorg toegankelijk is, hangt af van hoe goed de diensten passen bij de behoeften en vaardigheden van mensen. Vanuit mensenrechten moet gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar zijn, ongeacht hun inkomen, cultuur of achtergrond. Toegankelijke zorg betekent dat het begrijpelijk, beschikbaar, betaalbaar en geschikt is voor iedereen (Levesque et al., 2013; Cu et al., 2021).

Ons complexe zorgsysteem draagt bij aan gezondheidsverschillen, omdat het voor veel mensen moeilijk te begrijpen en te gebruiken is. In Nederland hebben 2,5 miljoen volwassenen moeite met lezen en schrijven, en 35% van de volwassenen heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (Stichting lezen en schrijven, 2016; Heijmans et al., 2024). Het zorgsysteem en de zorgverlening houden hier vaak te weinig rekening mee. Vragenlijsten zijn te ingewikkeld, er wordt niet gestimuleerd om vragen te stellen, en zorgverleners geven patiënten niet altijd genoeg keuze in hun behandeling. Hierdoor worden medische instructies soms niet goed begrepen, wat de effectiviteit van de zorg vermindert. Ook controleren zorgverleners vaak niet of hun uitleg duidelijk was, wat het samen beslissen over zorgkeuzes bemoeilijkt, terwijl bijna alle patiënten graag willen meebeslissen (Oosterveld et al., 2019).

Gezien de grote invloed van sociaaleconomische factoren op gezondheidsverschillen en zorg, is het belangrijk om deze factoren op te nemen in richtlijnen. Bijvoorbeeld bij de anamnese: *'Overweeg de persoonlijke leefomstandigheden, culturele achtergrond en sociaaleconomische status van de patiënt bij het opstellen van een behandelplan. Zorg ervoor dat educatieve materialen en uitleg begrijpelijk zijn en aansluiten bij het taal- en begripsniveau van de patiënt.'*

Veel folders, interventies, behandelingen en aanbevelingen in richtlijnen gaan uit van een te hoog niveau van taalvaardigheid en abstractievermogen. Richtlijnen zouden expliciet aandacht moeten besteden aan de begrijpelijkheid van voorlichting en de toepasbaarheid van interventies voor alle groepen mensen.

Door communicatievaardigheden zoals de terugvraagmethode in richtlijnen op te nemen, krijgen zorgverleners direct handelingsperspectief. De terugvraagmethode, die wetenschappelijk is onderbouwd, helpt na te gaan of uitleg goed is begrepen en kan problemen met therapietrouw en behandeling helpen voorkomen (Pharos, z.d.-b). Dit wordt vaak gezien als een probleem van patiëntmotivatie, terwijl het meestal gaat om begrijpelijkheid van de behandeling. Hoewel de terugvraagmethode (soms) al in het competentieprofiel van zorgverleners is opgenomen, blijkt uit onderzoek dat deze nog te weinig wordt toegepast. Zorgverleners ervaren de methode vaak als belerend en tijdrovend, wat de implementatie bemoeilijkt (Daliri et al., 2019). Daarom is het belangrijk om deze gespreksvaardigheid expliciet te blijven benoemen in richtlijnen, zodat het belang ervan herhaald wordt en zorgverleners gestimuleerd worden de methode vaker toe te passen in de praktijk. Daarnaast is het belangrijk om in richtlijnen naast medische ook patiëntvriendelijke termen te gebruiken, zodat zorgverleners er zich bewust van worden dat ze medisch jargon zo veel mogelijk moeten vermijden.

## 1.2 Etnische verschillen

Nederland is een multiculturele samenleving. De aanzienlijke etnische diversiteit binnen Nederland onderstreept de noodzaak hiervoor aandacht te hebben in richtlijnen. Zeker omdat bekend is dat het onvoldoende zien of erkennen van etnische verschillen voor inadequate behandeling kan zorgen. Onder etnische verschillen verstaan we variaties in gezondheid, ziekterisico's, reacties op behandelingen en gezondheidsuitkomsten die verband houden met de culturele, sociale en genetische kenmerken van verschillende etnische groepen.

Het is hierbij van essentieel belang dat altijd kritisch wordt gekeken welke conclusie verbonden wordt aan deze verschillen. Een te grote nadruk op etniciteit of op een verkeerde manier rekening houden met etniciteit als factor, werkt stigmatisering en stereotypering in de hand en kan leiden tot een verkeerde beoordeling van medische klachten. Gezondheidsverschillen die gerelateerd worden aan etniciteit, worden in werkelijkheid vaak verklaard door sociaaleconomische verschillen: ongelijkheid op het gebied van werkgelegenheid, levensomstandigheden, taalvaardigheid, onderwijs en toegang tot gezondheidszorg. Ook de schadelijke effecten van ervaringen met racisme en de daarmee verweven impact van chronische stress op de gezondheid spelen een rol.

Het benoemen van etnische diversiteit in richtlijnen vraagt om zorgvuldigheid. Door ondervetegenwoordiging in wetenschappelijk onderzoek ontbreekt overtuigend bewijs voor specifieke gezondheidsadviezen voor bepaalde gemeenschappen. Het is essentieel om na te gaan welke conclusies worden verbonden aan de uitkomsten van onderzoek. Wanneer bepaalde gezondheidsproblemen vaker lijken voor te komen bij bepaalde etnische groepen, is het belangrijk om zicht te krijgen op de oorzaak. Vaak ligt de oorzaak in gedrag, dat weer beïnvloed wordt door sociale en omgevingsfactoren, en kan iets niet genetisch verklaard worden. Daarom is het belangrijk onderscheid te maken tussen gedrag, maatschappelijke factoren (zoals discriminatie) en genetische oorzaken bij het begrijpen van gezondheidsverschillen tussen etnische groepen.

### 1.3 Verschillen op basis van sekse, gender en leeftijd

Naast sociaaleconomische en etnische verschillen, zijn er ook belangrijke verschillen op basis van sekse, gender en leeftijd. Binnen de gezondheidszorg wordt steeds meer erkend dat sekse- en genderverschillen een cruciale rol spelen in de diagnose, behandeling en preventie van ziekten. Zo ervaren vrouwen vaak andere symptomen bij een hartaanval dan mannen, en hebben zij een grotere kans op auto-immuunziekten. Desondanks zijn veel richtlijnen nog steeds voornamelijk gebaseerd op gegevens van mannelijke patiënten, wat het gevolg is van historische vooroordelen en een gebrek aan sekse- en genderspecifiek onderzoek. Dit benadrukt de noodzaak van inclusieve richtlijnontwikkeling met specifieke aandacht voor sekse- en gendergerelateerde verschillen (Keuken, 2008).

Daarnaast zijn algemene richtlijnen vaak minder geschikt voor ouderen en kinderen. Behandelingen kunnen bij gezonde ouderen anders uitpakken dan bij jongere volwassenen met dezelfde aandoening. Voor ouderen met een lage sociaaleconomische positie of meerdere gezondheidsproblemen kunnen de uitkomsten nog sterker afwijken. Bij patiënten met meerdere aandoeningen kunnen richtlijnen zelfs tegenstrijdige adviezen geven. Doordat er bij de ontwikkeling van richtlijnen weinig rekening wordt gehouden met ouderen, sluiten deze minder goed aan op hun behoeften (Van Munster et al., 2017).

Richtlijnen moeten gebaseerd zijn op onderzoek dat rekening houdt met verschillen tussen mensen. Dit gaat niet alleen om etnische en sociaaleconomische verschillen, maar ook om sekse-, gender- en leeftijdsverschillen. Aanbevelingen moeten aansluiten bij de kenmerken van patiënten, zoals de verschillende symptomen en reacties op behandelingen tussen mannen en vrouwen. Ook ouderen en kinderen hebben andere zorgbehoeften. Door met al deze verschillen rekening te houden, wordt de zorg beter afgestemd op de persoon en daardoor effectiever.

## 2. Oorzaken van gebrek aan diversiteit in richtlijnen

### 2.1 Standaardisatie versus differentiatie

Richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en zorgen voor consistentie en kwaliteit in de zorg. Dit werkt goed voor een groot deel van de patiënten, maar richtlijnen zijn vaak gebaseerd op een homogene groep. Hierdoor kunnen ze oneerlijk uitpakken voor mensen met andere behoeften, zoals ouderen, mensen met een lage sociaaleconomische positie of bepaalde etnische groepen. Standaardisatie zonder differentiatie kan gezondheidsverschillen vergroten.

Evidence-based practice doet niet altijd recht aan alle groepen. Er bestaat het risico dat er alleen wordt gekeken naar wat wetenschappelijk bewezen is, terwijl de context waarin mensen leven van groot belang is. De ervaringen van patiënten en zorgverleners, evenals hun kennis van de leefomstandigheden van patiënten, verdienen ook een plek in richtlijnen. Dit vraagt om een bredere kijk op wat goede zorg is, waarbij sociale en persoonlijke factoren een belangrijke rol spelen (Raad Volksgezondheid & Samenleving, 2017, Poll, 2021; Horstman & Dijkstra, 2024).

Richtlijnen bieden weliswaar ruimte voor maatwerk, maar zorgverleners moeten aangemoedigd worden om deze ruimte te benutten. Differentiatie is essentieel om zorg eerlijker te maken en gezondheidsverschillen te verkleinen. Alleen door universeel beleid te combineren met ruimte voor maatwerk kunnen we ervoor zorgen dat zorg voor iedereen effectief is (Muijsenbergh, 2018; Haker et al., 2019).

### 2.2 Ondervertegenwoordiging patiënten in wetenschappelijk onderzoek

Adviezen in richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, maar vaak betreft dit onderzoek een homogene groep mensen. Hierdoor weerspiegelen de uitkomsten voornamelijk de gemiddelde deelnemer en bieden ze weinig inzicht in ondervertegenwoordigde groepen. Vrouwen, ouderen, mensen met een mbo-2-opleiding, mensen met een migratieachtergrond, en personen met een hoog BMI of meerdere chronische aandoeningen zijn vaak sterk ondervertegenwoordigd. Dit komt door strikte in- en exclusiecriteria, moeilijke of niet-toegankelijke vragenlijsten, en onopzettelijke selectiebias van onderzoekers. Deze ondervertegenwoordiging betekent dat de bevindingen van wetenschappelijk onderzoek niet altijd relevant of toepasbaar zijn voor deze groepen, wat gezondheidsverschillen kan vergroten (Van Munster et al., 2017; Pharos, 2022). Het is daarom essentieel dat richtlijnontwikkelaars zich bewust zijn van deze ongelijkheden en ervoor zorgen dat diverse groepen in toekomstig onderzoek worden opgenomen.

#### **Andere informatiebronnen**

Het is belangrijk om bij de ontwikkeling en herziening van richtlijnen niet alleen te vertrouwen op wetenschappelijk onderzoek, maar ook andere informatiebronnen te overwegen die inzicht geven in ondervertegenwoordigde groepen. Bij de selectie van literatuur moet scherp gelet worden op de inclusie- en exclusiecriteria van de onderzoeken, zodat duidelijk wordt of het onderzoek breed toepasbaar is voor patiënten met verschillende achtergronden. Richtlijnontwikkelaars dienen expliciet te zoeken naar studies die bepaalde groepen wel vertegenwoordigen, en studies met een specifieke doelgroep niet uit te sluiten vanwege hun specifieke karakter. In richtlijnen moet altijd helder zijn voor welke groepen bepaalde uitkomsten gelden, zodat zorgverleners zich bewust worden van mogelijke verschillen.

## 3. Ontwikkelingen en kaders voor inclusieve zorg

### 3.1 Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) benadrukt dat effectieve zorg alleen mogelijk is als richtlijnen oog hebben voor preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsvaardigheden. Dit akkoord is opgesteld met het doel de Nederlandse zorg toekomstbestendig, duurzaam, toegankelijk en betaalbaar te maken. Het is het resultaat van een samenwerking tussen de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties, als reactie op grote uitdagingen zoals vergrijzing, een toenemende zorgvraag, personeelstekorten en stijgende zorgkosten.

Een van de speerpunten van het IZA is gelijke toegang tot zorg en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Het akkoord stelt expliciet dat zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar moet zijn, ongeacht sociaaleconomische status, migratieachtergrond of andere factoren. Daarbij ligt de nadruk op preventie en gezondheidsbevordering, met extra aandacht voor groepen die traditioneel minder goed worden bereikt. Dit biedt een belangrijke aanzet om richtlijnen inclusiever te maken, zodat ze beter aansluiten op de uiteenlopende zorgbehoeften van diverse bevolkingsgroepen.

Het IZA onderstreept daarmee de noodzaak om richtlijnen aan te passen aan deze diversiteit, en biedt daarmee een duidelijke basis voor het opnemen van meer inclusieve elementen in de bestaande en toekomstige richtlijnen.

### 3.2 Kader Passende zorg

Volgens het Integraal Zorgakkoord wordt zorg geleverd op basis van professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, die in lijn zijn met de uitgangspunten van het Kader Passende Zorg (Zorginstituut Nederland, 2022). Passende zorg draagt bij aan het welzijn van patiënten door rekening te houden met belangrijke maatschappelijke uitdagingen zoals mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. Vooral binnen de pijler mensgerichtheid liggen belangrijke aanknopingspunten voor het ontwikkelen van richtlijnen die beter inspelen op de behoeften van verschillende bevolkingsgroepen.

Het Kader Passende Zorg benadrukt dat zorgverleners bij het opstellen van richtlijnen aandacht moeten hebben voor deze opgaven, principes en normen, en dat richtlijnen bij moeten dragen aan de gezamenlijke beweging naar zorg die aansluit bij de specifieke situatie van de patiënt. Dit biedt ook mogelijkheden om meer diversiteit en inclusiviteit in richtlijnen op te nemen, zodat zorg beter afgestemd is op de unieke omstandigheden van patiënten, zoals hun sociaaleconomische achtergrond, culturele waarden en gezondheidsvaardigheden.

Wanneer patiënten niet de best passende zorg ontvangen, beïnvloedt dit niet alleen hun gezondheid, maar brengt het ook kosten met zich mee voor de patiënt, de zorg en de maatschappij. Patiënten ervaren een lagere kwaliteit van zorg, maken meer gebruik van zorg of schakelen te laat zorg in (Berkman et al., 2011; IKNL, 2024). Bovendien bestaat er een groter risico op ernstige medicatiefouten, vermijdbare complicaties en 'no-shows' (Schillinger et al., 2005). Het toevoegen van diversiteit in richtlijnen kan deze negatieve gevolgen helpen verminderen door zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften van diverse patiëntengroepen.

### 3.3 Persoonsgerichte en cultuursensitieve zorg

De hiervoor genoemde ontwikkelingen in de zorg (IZA en Kader Passende Zorg) sluiten goed aan bij een andere ontwikkeling, die van persoonsgerichte zorg. Rekening houden met verschillen is cruciaal voor goede zorguitkomsten. Persoonsgerichte zorg, waarbij de persoon centraal staat en niet alleen zijn medische toestand, speelt hierin een sleutelrol. Dit betekent aandacht voor het dagelijks leven, de sociale omstandigheden en de emoties, waarden en behoeften van de patiënt. Het doel is zorg op maat te leveren die aansluit bij de specifieke situatie van de patiënt. Dit kan de gezondheidsuitkomsten verbeteren. Patiënten voelen zich gehoord en betrokken bij hun eigen zorgproces, wat hun tevredenheid en de therapietrouw verhoogt. Bovendien kan persoonsgerichte zorg de effectiviteit en efficiëntie van behandelingen verbeteren door onnodige behandelingen te voorkomen en te focussen op wat echt belangrijk is voor de patiënt (Cramm et al., 2019; Ahmed et al., 2019).

Cultuursensitief werken is een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg en houdt rekening met de culturele achtergrond en waarden van de patiënt. Bijvoorbeeld door aandacht te hebben voor religieuze of culturele voedingsgewoonten of door een tolk in te zetten als de patiënt de taal niet goed beheerst. Intersectionaliteit, nauw verbonden met cultuursensitief werken, 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 (Van den Muijsenbergh & Oosterberg, 2022; Van den Muijsenbergh, 2019; Pharos, z.d.-a).

Richtlijnontwikkelaars kunnen principes van persoonsgerichte zorg gebruiken om richtlijnen inclusiever te maken. Door deze principes te integreren, kunnen richtlijnen beter inspelen op de uiteenlopende behoeften van patiënten met verschillende sociaaleconomische en etnische achtergronden. Dit vergroot de toegankelijkheid en effectiviteit van zorg.

### 3.4 AQUA-leidraad

De AQUA-leidraad van Zorginstituut Nederland fungeert als referentiekader voor het ontwikkelen, herzien en implementeren van richtlijnen die bijdragen aan goede zorg. Deze leidraad waarborgt dat de ontwikkelde richtlijnen aansluiten bij de behoeften van patiënten en gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het volgen van de AQUA-leidraad biedt voldoende ruimte om aandacht te besteden aan diversiteit. Aandacht voor diversiteit wordt expliciet genoemd in de knelpuntenanalyse tijdens de ontwikkelfase. Bij de selectie van onderzoeken kan diversiteit ook een plek krijgen door ervoor te zorgen dat verschillende populaties vertegenwoordigd zijn in het onderzoek dat ten grondslag ligt aan de richtlijnontwikkeling. Bovendien is het cruciaal om bij het formuleren van aanbevelingen rekening te houden met sociaaleconomische en etnische verschillen. Dit zorgt ervoor dat de aanbevelingen relevant zijn voor diverse groepen patiënten.

Daarnaast adviseert de leidraad om te verwijzen naar begrijpelijke materialen die aansluiten bij diverse achtergronden, talen en levensomstandigheden. Dit helpt patiënten om de informatie beter te begrijpen en de zorg effectiever te gebruiken (Zorginstituut Nederland, 2021).

### 3.5 GRADE-systematiek

De GRADE-methode, oftewel 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation', biedt een gestructureerde aanpak voor het beoordelen van de kwaliteit van bewijs en de sterkte van aanbevelingen in richtlijnen. Deze methode moedigt richtlijnontwikkelaars aan om niet

alleen te focussen op de wetenschappelijke kwaliteit van het bewijs, maar ook andere belangrijke factoren, zoals de voorkeuren en waarden van verschillende patiëntengroepen, in overweging te nemen.

Door de principes van de GRADE-methode te volgen, wordt ervoor gezorgd dat diverse populaties adequaat worden vertegenwoordigd in het beschikbare bewijs. Dit stelt ontwikkelaars in staat om specifieke behoeften en voorkeuren mee te nemen bij het formuleren van aanbevelingen. Bovendien kan de GRADE-methode helpen om diversiteit binnen richtlijnen te waarborgen, wat cruciaal is voor het leveren van zorg die aansluit bij de uiteenlopende achtergronden en situaties van patiënten (NVDV, 2022).

## 4. Welke ondersteuning biedt Pharos?

Pharos heeft ruime ervaring in het beoordelen van en adviseren bij aandacht voor sociaaleconomische en etnische verschillen in richtlijnen. De behoefte daaraan is groot en de verzoeken voor kennisondersteuning nemen toe. Om richtlijnontwikkelaars te ondersteunen, hebben we materialen ontwikkeld om hen zelf in staat te stellen om inclusieve richtlijnen te ontwikkelen.

### Stappenplan en sneltest

Een [stappenplan](#) en [sneltest](#) bieden ontwikkelaars van richtlijnen ondersteuning om aandacht voor gezondheidsverschillen op te nemen in de richtlijn. Er worden vier stappen beschreven om te doorlopen bij de ontwikkeling of herziening van richtlijnen.

### Workshop

Op basis van onze kennis en expertise hebben we een [workshop](#) ontwikkeld die organisaties in staat stelt om diversiteit een plek in richtlijnen te geven.

### Beoordelen van (herziene) richtlijnen

We moedigen organisaties aan om zelf met behulp van bovenstaande materialen en ondersteuning aan de slag te gaan met inclusieve richtlijnen. Heeft u toch behoefte aan feedback van Pharos op een (herziene) richtlijn? Dan worden we graag vanaf het begin bij het proces betrokken. Neem voor meer informatie contact op met Sanne Niemer via [s.niemer@pharos.nl](mailto:s.niemer@pharos.nl).

## 5. Referenties

- Ahmed, S. A., Mewes, J. C., van den Muijsenbergh, M. E. T. C., & Vrijhoef, H. J. M. (2019). *Evaluatie van de toepassing van persoonsgerichte zorg in de eerstelijnszorgpraktijk*. Panaxea b.v., Amsterdam.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment (Full Report)*, 199(1), 941.
- Cramm, J. M., Kuipers, S. J., & Nieboer, A. P. (2019). Persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk. Erasmus University Rotterdam (EUR), Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20, 116.
- Daliri, S., Hugtenburg, J. G., Ter Riet, G., Bemt, B. J. F. van den, Buurman, B. M., Scholte Op Reimer, W. J. M., Buul-Gast, M. C. van, & Karapinar-Çarkit, F. (2019). The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before-After prospective study. *PLoS One*, 14(3), e0213593.
- Haker, F., Hosper, K., & Loenen, T. van (2019). *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken*. Pharos. <https://www.pharos.nl/gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken>
- Heijmans, M., Cariot, L., Brabers, A., & Rademakers, J. (2024). *Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden - feiten en cijfers 2023*. Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-eeen-op-de-drie-nederlanders-heeft-onvoldoende-beperkte>
- Horstman, K., & Dijkstra, I. (2024). De constructie van een 'domme doelgroep'. *Gezondheidsongelijkheid en epistemisch onrecht in de publieke gezondheidszorg*. *GE, Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 34 (2). [https://www.tijdschriftge.nl/art/50-8047\\_De-constructie-van-eeen-domme-doelgroep](https://www.tijdschriftge.nl/art/50-8047_De-constructie-van-eeen-domme-doelgroep)
- Hosper, K. & Loenen, T. van. (2021). *Leven met ongezonde stress. Aandacht voor chronische stress in de aanpak van gezondheidsverschillen*. Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/leven-met-ongezonde-stress>
- IKNL. (2024). *Kanker in Nederland: sociaaleconomische verschillen. Deel II: verschillen rondom behandeling*. <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport-2>
- IZA. (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Keuken, D. G. (2008). *Sex differences in health research and clinical guideline development*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12.
- Muijsenbergh, M. van den. (2018). *Verschil moet er zijn! – Oratie*. <https://www.pharos.nl/kennisbank/verschil-moet-er-zijn>
- Muijsenbergh, M. van den. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswet*, 97, 36-39. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0223-9>
- Muijsenbergh, M. van den, & Oosterberg, E. (2022). *Persoonsgerichte zorg voor iedereen. Met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk*. Prelum.
- Munster, B. van, Arends, A., Barneveld, T. van, & Beer, J. de. (2017). Maak richtlijnen op maat voor ouderen. Effecten van behandeling zijn anders bij mensen op leeftijd. *Medisch Contact*, 38, 30-32.



- NVDV. (2022). *Guideline Development Tool: Handleiding*. [https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/23636/GDT%20Handleiding.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/23636/GDT%20Handleiding.pdf)
- Oosterveld, M., Noordman, J., & Rademakers, J. (2019). *Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Nivel.
- Pharos. (2022). Infosheet *Inclusief onderzoek*. <https://www.pharos.nl/infosheets/inclusief-onderzoek>
- Pharos. (z.d.-a). *Cultuursensitief werken: handvatten voor professionals in de zorg en het sociaal domein*. <https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten>
- Pharos. (z.d.-b). *De terugvraagmethode*. <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode>
- Poll, A. (2021). *(Niet) Iedereen Telt Mee. Pleidooi voor inclusiviteit, rechtvaardigheid en kwaliteit van zorg*. Pharos. <https://www.pharos.nl/nieuws/niet-iedereen-telt-mee>
- Raad Volksgezondheid & Samenleving. (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>
- Schillinger, D., Machtiger, E. L., Wang, F., et al. (2005). Language, Literacy, and Communication Regarding Medication in an Anticoagulation Clinic: Are Pictures Better Than Words? In K. Henriksen, J. B. Battles, E. S. Marks, et al. (Eds.), *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Stichting lezen en schrijven. (2016). *Aanpak van laaggeletterdheid (Algemene Rekenkamer)*. <https://www.lezenenschrijven.nl/wat-doen-wij/oplossing-voor-je-vraagstuk/aanpak-van-laaggeletterdheid-algemene-rekenkamer>
- Zorginstituut Nederland. (2021). *AQUA-Leidraad (voorheen Leidraad voor kwaliteitsstandaarden)*. <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>