

Etniciteit en cardiovasculair risicomangement

Joshua van Apeldoorn, Alet Roozkrans, Ralf Harskamp, Edo Richard, Charles Agyemang, Eric Moll van Charante

Etnische minderheden worden disproportioneel getroffen door hart- en vaatziekten. Wij vroegen in een serie interviews aan huisartsen welke invloed etniciteit heeft op het cardiovasculair risicomangement. De meningen liepen uiteen over de vraag of etnische achtergrond los van traditionele risicofactoren bijdraagt aan het cardiovasculair risico. Wel erkenden de huisartsen dat de etnische achtergrond extra aandacht vraagt, zowel bij de risicoschatting als bij de leefstijlbegeleiding. Ze noemden een aantal best practices, maar laagdrempelige beschikbaarheid van telefonische tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg zijn zeer welkom.

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak.¹ In Europa worden etnische minderheden onevenredig vaak getroffen door hart- en vaatziekten en cardiovasculaire risicofactoren manifesteren zich bij hen vaak op jongere leeftijd.^{2,3} In Nederland zijn bijvoorbeeld de prevalenties van hypertensie onder mensen met een Afrikaanse en van diabetes onder mensen met een Hindostaanse migratieachtergrond hoger dan in de bevolking van Nederlandse afkomst.^{4,5} Verklaringen voor deze gezondheidsverschillen omvatten onder andere verschillen in culturele gewoonten en leefstijl, en slechtere toegang tot gezondheidszorg.⁶ Ook biologische factoren, zoals een verhoogde zoutgevoeligheid bij mensen met een Afrikaanse migratieachtergrond, kunnen een rol spelen.⁷ Huisartsen spelen in Nederland een grote rol in het cardiovasculair risicomangement (CVRM) doordat ze hoogrisicopatiënten identificeren en begeleiden.⁸ Toch bevat de huidige NHG-Standaard weinig specifieke adviezen voor etnische minderheden.⁹ Al enige jaren geleden wees kwalitatief Nederlands onderzoek uit dat culturele verschillen vaak een negatieve invloed hebben op de naleving van leefstijl- en medicamenteuze interventies en dat mensen met een Afrikaanse migratieachtergrond

in kwesties van gezondheid en behandeling vaak andere percepties en voorkeuren hebben dan hun Nederlandse artsen.^{10,11} Dat de combinatie van een hoger cardiovasculair risico en cultuurverschillen CVRM bemoeilijkt is dus bekend, maar hoe de Nederlandse huisarts daarmee omgaat is onderbelicht gebleven. Daarom hebben wij de rol van etniciteit in CVRM onderzocht vanuit het perspectief van de huisarts.

METHODE

We interviewden 24 in Nederland werkzame huisartsen. Vanuit ons eigen netwerk betrokken we via de sneeuwbal-methode huisartsen uit diverse settings bij het onderzoek. Om een voldoende diverse steekproef te bereiken selecteerden we op geslacht, jaren werkervaring, migratieachtergrond, praktijklocatie (stedelijk versus niet-stedelijk) en type praktijk (solo of duo versus groepspraktijk), omdat we veronderstelden dat deze criteria mogelijk van invloed zijn op hun opvattingen over het onderwerp. Tussen mei en november 2021 namen 2 junior arts-onderzoekers semigestructureerde interviews af aan de hand van een van tevoren opgestelde topic list. Deze lijst werd tijdens het onderzoek verder aangepast naarmate zich nieuwe, gerelateerde thema's aandienen. De interviews werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Daarna codeerden 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar de teksten. De onderzoeksgroep besprak de bevindingen uit de interviews herhaaldelijk totdat consensus werd bereikt over de hoofdthema's.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Van Apeldoorn JA, Roozkrans AK, Harskamp RE, Richard E, Agyemang C, Moll van Charante EP. General practitioners' views on cardiovascular prevention for ethnic minorities—a qualitative study in the Netherlands. *Fam Pract* 2023;cmad030.

Hoe denken de 24 geïnterviewde huisartsen over etniciteit en cardiovasculair risicomangement?

Over het algemeen werd etniciteit als relevante factor beschouwd in risicoschatting HVZ en leefstijlbegeleiding.



Verskil van mening
Over de vraag of etnische achtergrond los van traditionele risicofactoren (zoals roken en hypertensie) bijdraagt aan het risico op HVZ.



Meer consensus
Het belang van sociaal-culturele verschillen voor de behandeling.

RESULTATEN

Opvattingen over de rol van etniciteit in cardiovasculaire risicoschatting

Een deel van de huisartsen beschouwde etniciteit als een extra, op zichzelf staande factor in cardiovasculaire preventie, maar benadrukte het belang van een gepersonaliseerde benadering om generalisatie en stigmatisatie te voorkomen.

‘Ik denk dat cultuur en etniciteit een rol in het consult moeten spelen maar dat het individu altijd verdient los gezien te worden van de groep. Dus, dat je op moet passen daarmee, dat je wel kan vragen naar dingen en dat dat ook al van meerwaarde kan zijn, maar dat je er nooit zo maar van uit mag gaan omdat iemand een bepaalde achtergrond heeft, dat er bepaalde dingen spelen.’

Huisarts (vrouw, 34)

Huisartsen benoemden dat een ongezonde leefstijl, geassocieerd met een lage sociaal-economische status, bij cardiovasculaire preventie mogelijk een grotere rol speelt dan genetische factoren gerelateerd aan etniciteit. Sommigen benadrukten dat etniciteit een beperkte rol speelt in de risicoschatting volgens de NHG-Standaard. Anderen vonden dat bestaande risicoverschillen tussen etnische groepen niet tot hun recht kwamen in deze risicoschatting. Bij hen zouden bijvoorbeeld het hogere

risico op diabetes mellitus type 2 bij patiënten met een Hindostaanse migratieachtergrond en op hypertensie bij patiënten met een Sub-Sahara Afrikaanse migratieachtergrond aanleiding geven tot eerdere en opportunistische screening.

‘Als ze voor een andere klacht komen, dat je zegt: “Laten we je bloeddruk eens meenemen.” Ik zou nooit bij een man van 36 die wit is, zeggen: “Ik ga nu je bloeddruk meten” als hij voor rugpijn komt.’

Huisarts (man, 40)

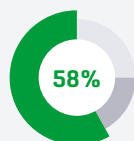
Barrières in taal en cultuur die cardiovasculaire preventie beïnvloeden

Huisartsen vonden cardiovasculaire preventie bij etnische minderheden doorgaans uitdagender dan bij patiënten van Nederlandse afkomst. Wederzijds begrip werd gehinderd door taalbarrières en door verschillen in culturele gewoonten en behoeften. Deze culturele verschillen konden een passend leefstijladvies bemoeilijken. Ook hadden huisartsen de ervaring dat percepties van patiënten over de oorzaak van hypertensie soms afweek van het biomedische perspectief, wat hun therapietrouw negatief beïnvloedde. Zo dachten sommige patiënten dat hypertensie werd veroorzaakt door stress en stopten daarom met hun antihypertensiva wanneer ze op vakantie waren.

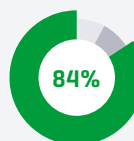
Belangrijkste kenmerken onderzoeksgroep



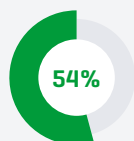
Mannelijke huisarts



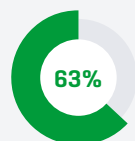
Leeftijd > 50 jaar



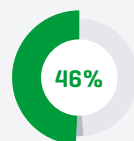
Europese etniciteit



> 15 jaar ervaring



Stedelijke praktijklocatie



Solo-/duo-praktijk

Suggesties voor het verbeteren van cardiovasculaire preventie

Alle huisartsen noemden de taalbarrière als belemmering voor wederzijds begrip en gezamenlijke besluitvorming. Vaak konden ze dit oplossen door vertaalwebsites of met behulp van gezins- of familieleden. Als voordeel van hulp van familieleden noemden ze beter inzicht in de sociaal-culturele context en persoonlijke voorkeuren, wat bijdroeg aan een passender leefstijladvies. Als nadelen noemden ze informatieverlies door onvolledige vertalingen en ethische bezwaren om kinderen te laten tolken rondom gevoelige informatie van hun ouders. Officiële tolken werden spaarzaam ingezet wegens gebrek aan tijd en vergoeding. De geïnterviewden hadden een duidelijke behoefte aan een ruimere vergoeding van deze dienst. Er waren huisartsen die door de samenwerking met praktijkondersteuners met een migratieachtergrond inzicht kregen in andere culturele gewoonten en gezondheidspercepties. Zij merkten dat dit een gunstig effect had op het vertrouwen van patiënten. Harmonisatie tussen de verklaringsmodellen van patiënten en het biomedische model werd ook genoemd als middel om gezamenlijke besluitvorming en therapietrouw te verhogen.

‘Dat zeg ik ook altijd wel: “Als je al vaten hebt die een beetje stug zijn, waardoor je hoge bloeddruk hebt en je krijgt dan nog eens een keer stress er op, wordt het alleen maar erger.” [...] Wat ik ook wel eens doe, is ze dan toch vragen om een bloeddrukmeter mee te nemen, [...] dat ze het gewoon zien, hoe die daar [in het vakantieland] is.’

Huisarts (vrouw, 41)

De geïnterviewden noemden cultuursensitieve interventies als 1 van de mogelijkheden om leefstijlbegeleiding passender te maken. Ze gaven voorbeelden van cultureel passende verwijsopties, zoals een dansgroep voor Marokkaans-Nederlandse mannen en een kookclub voor vrouwen van Surinaamse afkomst. Ze merkten wel op dat er behoefte is aan nascholingen over cultuursensitieve zorg om het CVRM voor etnische minderheden te verbeteren.

Registratie van etniciteit

Als 1 van de mogelijkheden om etnische gezondheidsverschillen inzichtelijk te maken en de primaire preventie te verbeteren, werd registratie van de etniciteit genoemd. Dit zou het eenvoudiger maken patiënten uit specifieke etnische groepen actief te benaderen. De geïnterviewden gaven aan dat ze weliswaar meer wilden weten over etnische verschillen, maar terughoudend wilden zijn met het registreren van etniciteit. Redenen waren angst dat de registratie misbruikt kon worden voor andere doeleinden en gebrek aan bewijs dat het zou leiden tot betere gezondheidsuitkomsten.

WAT IS BEKEND?

- Veel etnische minderheidsgroepen hebben een hoger dan gemiddeld risico op hart- en vaatziekten.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen benadrukken het belang van een gepersonaliseerde aanpak, los van etniciteit, uitgaande van cardiovasculaire risicofactoren en de individuele context van de patiënt om generalisatie en stigmatisatie te voorkomen.
- Huisartsen verschillen van mening over de vraag of etniciteit een onafhankelijke bijdrage levert aan het cardiovasculair risico, maar onderstrepen het belang van een cultuursensitieve aanpak.
- Huisartsen willen meer weten over etnische verschillen, maar zijn terughoudend om etniciteit te registreren vanwege mogelijke neveneffecten en gebrek aan bewijs voor betere zorguitkomsten.
- Huisartsen hebben behoefte aan ruimere vergoeding van tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg.

‘Als je als huisarts denkt: ik wil mijn 40-jarige Hindostaans-Surinaamse mannen oproepen, want ja, die kan ik er niet uithalen met een zoekstrategie.’

Huisarts (man, 40)

BESCHOUWING

De geïnterviewde huisartsen erkennen over het algemeen dat etniciteit relevant is voor het cardiovasculaire risico en voor de behandeling daarvan. Taalbarrières en verschillen in sociaal-culturele percepties en voorkeuren verhinderden dikwijls de vorming van een gezamenlijke visie en bemoeilijken gezamenlijke besluitvorming. Daardoor vonden de huisartsen het lastig te beoordelen of hun begeleiding passend was. Een van de voorgestelde oplossingen was het inschakelen van familieleden of van praktijkondersteuners met eenzelfde etnische achtergrond. Hoe meer inzicht huisartsen hebben in de percepties en culturele gewoonten van hun patiënt, hoe meer maatwerk ze kunnen bieden in de leefstijlbegeleiding. De geïnterviewden zeiden wel dat ze behoefte hadden aan ruimere vergoeding van telefonische tolkdiensten en meer nascholing over cultuursensitieve zorg.

BETERE PREDICTIEMODELLEN

De nieuwste Europese cardiovasculaire richtlijn adviseert een omrekeningsfactor voor specifieke etnische groepen toe te voegen aan de cardiovasculaire risico-inschatting. Omdat er zelfs binnen groepen met dezelfde migratieachtergrond grote geografische verschillen zijn in het geschatte cardiovasculaire

risico, zou men daarbij zoveel mogelijk met landspecifieke risicomodellen moeten werken.¹² Recent Nederlands onderzoek laat zien dat het cardiovasculaire risico van etnische groepen, met name van Surinaamse afkomst, substantieel wordt onderschat.¹³ In het Verenigd Koninkrijk zijn cardiovasculaire predictiemodellen ontwikkeld die rekening houden met belangrijke etnische verschillen.¹⁴ Dit was mogelijk doordat Britse huisartsen de etniciteit van hun patiënten registreren in het medisch dossier. In ons onderzoek lijken de geïnterviewde huisartsen echter een ambivalente houding te hebben tegenover registratie van etniciteit. Zij willen wel meer weten over etnische verschillen, maar laten de angst voor neveneffecten van registratie en gebrek aan bewijs voor betere gezondheidsuitkomsten zwaarder wegen. Hierdoor blijven we mogelijk verstoken van inzichten in gezondheidsverschillen.¹⁵

BEPERKINGEN

Een beperking van ons onderzoek is dat mogelijk alleen huisartsen met een specifieke interesse in dit onderwerp aan de interviews deelnamen. Meerdere respondenten gaven echter aan dat ze voordien nauwelijks stilstonden bij de mogelijke invloed van etniciteit op het CVRM. Een tweede beperking is dat de meeste geïnterviewden van Europese afkomst waren. De deelnemende huisartsen die een niet-Europese migratieachtergrond hadden, hadden grotendeels overeenkomstige opvattingen, maar benoemden bij patiënten met dezelfde etnische achtergrond wel het voordeel dat ze dezelfde taal spraken en bekend waren met hun culturele leefstijlgedoenten, zodat ze makkelijker een passend leefstijladvies konden geven.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

De behoefte aan ruimere vergoeding en betere beschikbaarheid van telefonische tolkdiensten kwam ook al in eerder onderzoek naar voren. Taalbarrières versterken culturele barrières en verminderen de toegankelijkheid van zorg, en vergroten daardoor de kans dat etnische gezondheidsverschillen toenemen.¹⁶

In ons onderzoek werd een aantal best practices genoemd, waaronder het inzetten van praktijkondersteuners met eenzelfde etnische achtergrond en het actief onderzoeken van verklaringsmodellen van patiënten voor risicofactoren zoals hypertensie. Ook dit strookt met eerder onderzoek, waaruit bleek dat rekening houden met culturele verschillen bij hypertensie kan leiden tot betere opvolging van leefstijladviezen en tot betere bloeddrukwaarden.¹⁷

Tot slot is de rol van praktijkondersteuners in de CVRM-zorg de afgelopen jaren veel prominenter geworden.¹⁸ Onderzoek naar hun opvattingen en ervaringen kan waardevolle aanvullende kennis opleveren.

CONCLUSIE

De 24 geïnterviewde Nederlandse huisartsen zien etniciteit over het algemeen als een relevante factor bij het CVRM, die extra aandacht verdient. De CVRM-zorg voor de steeds diverser wordende eerstelijns populatie kan profiteren van

bestaande best practices, laagdrempelige beschikbaarheid van tolkdiensten en meer onderzoek naar de vraag hoe etniciteit het cardiovasculair risico beïnvloedt. ■

LITERATUUR

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [fact sheet]. Geneva: WH, 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), geraadpleegd 1 juni 2021.
2. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2016;11):e0147601.
3. Perini W, Snijder MB, Peters RJ, Kunst AE. Ethnic disparities in estimated cardiovascular disease risk in Amsterdam, the Netherlands: The HELIUS study. *Neth Heart J* 2018;26:252-62.
4. Agyemang C, Kieft S, Snijder MB, Beune EJ, Van den Born B-J, Brewster LM, et al. Hypertension control in a large multi-ethnic cohort in Amsterdam, The Netherlands: The HELIUS study. *Int J Cardiol* 2015;183:180-9.
5. Van Etten S, Crielaard L, Muilwijk M, Van Valkengoed I, Snijder MB, Stronks K, et al. Lifestyle clusters related to type 2 diabetes and diabetes risk in a multi-ethnic population: The HELIUS study. *Prev Med* 2020;137:106141.
6. Mouton CP. Cardiovascular health disparities in underserved populations. *Prim Care* 2017;44:e37-71.
7. Bochud M, Staessen JA, Maillard M, Mazeko MJ, Kuznetsova T, Woodiwiss A, et al. Ethnic differences in proximal and distal tubular sodium reabsorption are heritable in black and white populations. *J Hypertens* 2009;27:606-12.
8. Aerts N, Anthierens S, Van Bogaert P, Peremans L, Bastiaens H. Prevention of cardiovascular diseases in community settings and primary health care: a pre-implementation contextual analysis using the consolidated framework for implementation research. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:8467.
9. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomangement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement. Utrecht: NHG, 2019.
10. Manna DR. Standardisation in a multi-ethnic world: a paradox? [dissertation]. Rotterdam: Erasmus University, 2006. p. 93.
11. Beune EJ, Haafkens JA, Agyemang C, Schuster JS, Willems DL. How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study. *J Hypertens* 2008;26:648-56.
12. Visseren FL, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227-337.
13. Kist JM, Vos RC, Mairuhu ATA, Struijs JN, Van Peet PG, Vos HM, et al. SCORE2 cardiovascular risk prediction models in an ethnic and socioeconomic diverse population in the Netherlands: an external validation study. *EClinicalMedicine*. 2023;57:101862.
14. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ* 2017;357:j2099.
15. Van Apeldoorn JA, Agyemang C, Moll van Charante EP. Use of ethnic identifiers to narrow health inequality gaps. *Lancet Reg Health Eur* 2022;18:100411.
16. Edelman D, Christian A, Mosca L. Association of acculturation status with beliefs, barriers, and perceptions related to cardiovascular disease prevention among racial and ethnic minorities. *J Transcult Nurs* 2009;20:278-85.

-
17. Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. culturally adapted hypertension education (cahe) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLoS ONE* 2014;9:e90103.
 18. Schäfer WL, Boerma WG, Spreuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:97-110.

Van Apeldoorn JA, Roozkrans AK, Harskamp RE, Richard E, Agyemang C, Moll van Charante EP. Etniciteit en cardiovasculair risicomanagement. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-xxx-x. Amsterdam UMC, afdelingen Huisartsgeneeskunde en Public and Occupational Health: J.A.N. van Apeldoorn, arts-onderzoeker: j.a.vanapeldoorn@amsterdamumc.nl; A.K. Roozkrans, arts-onderzoeker; dr. R.E. Harskamp, huisarts, universitair docent; prof.dr. E.P. Moll van Charante, hoogleraar cardiovasculair risicomanagement in een multi-etnische populatie; prof.dr. C. Agyemang, hoogleraar sociale geneeskunde. Radboudumc, Nijmegen: prof.dr. E. Richard, hoogleraar neurologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Het onderzoek werd ondersteund door ZonMW onder grantnummer 10060011910004.