

Verpleegkundige inzichten over zelfmanagement- bevordering bij diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine

Naam student: Anne-Marijn Tax

Studentnummer: 3241734

Titel blok: uitvoering afstudeerproject

Status: definitief

Datum: 02-06-2010

Aantal woorden: 4.516

Gehanteerde referentiestijl: Vancouver referentiestijl

Naam begeleider: Dr. Fijgje de Boer

Masteropleiding Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

- Samenvatting	3-4
- Inleiding met probleemstelling	3-6
- Methode	6-9
- Resultaten	9-14
- Discussie en aanbevelingen	14-17
- Referentielijst	18-19
- Bijlage I: toestemmingsverklaring	20
- Bijlage II: informatiebrief voor de diabetesverpleegkundigen	21
- Bijlage III: Interviewleidraad	22
- Bijlage IV: Globaal overzicht interview uitkomsten	23-24

Samenvatting

Aanleiding: Diabetesverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de begeleiding en ondersteuning bij het zelfmanagement van de diabetespatiënten. Het tot stand brengen van zelfmanagement bij diabetespatiënten is echter een complex geheel en wordt beïnvloed door een grote verscheidenheid aan factoren, waaronder etniciteit. De grootste groep etnische minderheden in Nederland zijn de mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Uit onderzoek naar verschillen tussen diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine en patiënten van Nederlandse origine, blijken zij slechtere diabetische uitkomsten te hebben. Diabetesverpleegkundigen die veel met deze patiënten werken hebben door hun ervaring mogelijk belangrijke inzichten hoe zij deze patiënten het beste kunnen begeleiden en zo het zelfmanagement kunnen bevorderen.

Vraag: 'Hoe bevorderen diabetesverpleegkundigen zelfmanagement bij diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine?'

Methode: Er heeft een kwalitatief survey onderzoek plaatsgevonden. Met behulp van een doelgerichte homogene steekproef en de sneeuwbalmethode zijn 12 diabetesverpleegkundigen geïncludeerd, die vervolgens geïnterviewd zijn. De interviews waren semi-gestructureerd van aard.

Resultaat: Belangrijkste barrières/belemmeringen in de begeleiding van zowel de Turkse als de Marokkaanse patiënten zijn: gebrekkig ziekte-inzicht, andere ideeën over ziekte, religie, voeding en beweging, communicatie, vakantie naar eigen land, sociale problemen en psychische problemen. Een specifiek aandachtspunt bij de Turkse patiënten is hun neiging om altijd 'ja' te zeggen. Aandachtspunten bij Marokkaanse patiënten zijn gebrek aan self-efficacy en sociale bemoeienis.

Diabetesverpleegkundigen kunnen hierop inspelen door samen te werken met andere mensen (artsen, imams, psycholoog, kinderen), kennis van religie en cultuur hebben, een luisterend oor bieden, zoveel mogelijk randvoorwaarden scheppen, tolk inschakelen, checken of informatie wordt begrepen, uitgebreide anamnese houden, confronteren en het self-efficacy helpen vergroten (hen voor laten doen en kleine resultaten boeken). Verder is het geven van informatie op maat belangrijk (kort en simpel, herhalen, plaatjes gebruiken, concrete adviezen geven).

Discussie: Reikwijdte onderzoek beperkt zich tot perifeer ziekenhuis, maar is door enige heterogeniteit onder de diabetesverpleegkundigen toch iets ruimer. Uitspraken gaan vooral over eerste generatie Turken en Marokkanen. Een belangrijke aanbeveling is om als verpleegkundige door een uitgebreide anamnese inzicht te krijgen in de ziekte-ideeën en -beleving van de patiënten, en zo daarop in te kunnen spelen.

Trefwoorden: diabetes, zelfmanagement, Turken, Marokkanen

Abstract

Aim: diabetes nurses play an important role in guiding and supporting the self management of diabetic patients. Self management is complex and is influenced by several factors, including ethnicity. The largest group of ethnic minorities in The Netherlands are the people of Turkish and Moroccan origin. Research about differences between diabetic patients from Turkish and Moroccan origin and patients of Dutch origin, shows that they have worse diabetic outcomes. Nurses who work with these patients have, because of their work experiences, important insights how they can best assist diabetic patients and thus may promote self management.

Question: 'How do diabetes nurses promote self management of diabetic patients from Turkish and Moroccan origin?'

Method: a qualitative survey research has been done. By using a purposeful homogeneous sample and the snowball method, 12 diabetic nurses were included and interviewed. The interviews were semi structured.

Findings: The main barriers in the counselling of both Turkish and Moroccan patients are: poor understanding of disease, other ideas about illness, religion, diet and exercise, communication, travel to home country, social problems and psychological problems. A specific concern in counselling Turkish patients, is their tendency to always say 'yes'. Specific concerns in counselling Moroccan patients are lack of self efficacy and social involvement. Nurses can respond by working with other people (doctors, imams, psychologist, children), having knowledge of religion and culture, listening, creating needed conditions, using a translator, checking whether information is understood, confronting and helping increasing self efficacy.

The information must be tailored to the patients (short and simple, repeat, using pictures, practical advice).

Discussion: the investigation is limited to peripheral hospitals, but the results can also be useful for a broader public, because of some heterogeneity among the enrolled nurses. The results relate primarily to the first generation Turks and Moroccans. An important recommendation for nurses is to gain insight into the ideas about illness and the illness experience of the patient, by an extensive conversation.

Keywords: diabetes, self management, Turkish, Moroccan

Inleiding met probleemstelling

Diabetes mellitus is een ernstig gezondheidsprobleem (1). In Nederland waren er in 2003 600.000 mensen met diabetes mellitus, waarvan 90% diabetes mellitus type II had (2). Uit diverse Nederlandse studies blijkt dat de prevalentie van diabetes hoger is bij allochtonen dan bij autochtonen (3-6). De prevalentie van diabetes bij personen van Turkse en Marokkaanse afkomst is ongeveer drie tot zes keer hoger dan onder de autochtone bevolking (7).

Patiënten met diabetes worden geacht om veel 'zelf-zorg' gedragingen en handelingen uit te oefenen (8). Het wel of niet uitoefenen van deze 'zelf-zorg' gedragingen heeft te maken met 'zelfmanagement'. Het bevorderen van zelfmanagement is een cruciale taak binnen de diabeteszorg, omdat adequaat zelfmanagement leidt tot een betere glycemische controle (9), betere metabolische waarden (10) en een betere controle van het gewicht (11), wat belangrijke voorspellers van complicaties zijn.

Diabetesverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de begeleiding en ondersteuning bij het zelfmanagement van de diabetespatiënten (1,12). Zij begeleiden diabetespatiënten bij het in praktijk brengen van zelfmanagement door hen de benodigde vaardigheden te leren, hen te begeleiden en adviezen te geven. Zij bevestigen, controleren en spelen een rol bij het veranderen van zelfmanagement strategieën van de diabetespatiënten (1). Het tot stand brengen van zelfmanagement bij diabetespatiënten is echter een complex geheel en wordt beïnvloed door een grote verscheidenheid aan factoren (1,12,13-18).

Zo blijken de houding die mensen aannemen tegenover de ziekte (13,16), self-efficacy (13, 17), sociale steun (1,13,14,16) en het hebben van bepaalde vaardigheden zoals probleem-oplossende vaardigheden (19), getalsvaardigheden (20) en het vermogen om gezondheidsinformatie te lezen en te begrijpen (17) van invloed te zijn op het zelfmanagement.

Ook etniciteit is een factor die van invloed lijkt te zijn op zelfmanagement bij diabetes patiënten (17,21-22).

De grootste groep etnische minderheden zijn mensen van Turkse en Marokkaanse origine (23).

Uit onderzoek naar verschillen tussen diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine en patiënten van Nederlandse origine, blijken zij slechtere diabetische uitkomsten te hebben (21). Belangrijke factoren die dit verschil verklaren zijn 'self-efficacy', sociale invloeden en de overtuiging van de ernst van diabetes (21). Opvallend hierbij is dat bij patiënten van Turkse en Marokkaanse origine een grotere mate van de overtuiging van de ernst van diabetes en méér sociale steun van familie geassocieerd wordt met slechtere in plaats van betere diabetische uitkomsten.

Het is echter niet duidelijk hoe deze factoren van invloed zijn op zelfmanagement bij deze patiëntengroep. Het bevorderen van zelfmanagement bij patiënten van Turkse en Marokkaanse patiënten lijkt om een andere aanpak te vragen dan het vergroten van zelfmanagement bij patiënten van Nederlandse origine (21). Zij geven in hun artikel echter niet weer welke aanpak bij deze patiëntencategorie het beste aansluit.

Probleemstelling

Diabetesverpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij zelfmanagement van diabetespatiënten. Er zijn verschillende factoren van invloed op zelfmanagement. Bij diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine hebben bepaalde factoren, zoals sociale steun en de overtuiging van de ernst van diabetes, een andere invloed op zelfmanagement dan bij patiënten van Nederlandse origine. Diabetesverpleegkundigen die regelmatig met deze patiënten werken, en die een grote rol spelen bij het zelfmanagement van de patiënten, hebben mogelijk door hun kennis en ervaring belangrijke inzichten opgedaan in het bevorderen van zelfmanagement bij deze patiënten. Er is echter weinig informatie beschikbaar over

verpleegkundige inzichten in relatie tot ondersteuning en adviezen bij zelfmanagement bij deze patiëntengroep.

Vraag

De vraag die in dit onderzoek centraal staat is: 'Hoe bevorderen diabetesverpleegkundigen zelfmanagement bij diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine?'

Doel

Het doel van dit onderzoek is om er achter te komen hoe diabetesverpleegkundigen bij patiënten van Turkse en Marokkaanse origine te werk gaan in hun adviezen en begeleiding bij het bevorderen van zelfmanagement.

Deze inzichten kunnen bijdragen aan adviezen hoe verpleegkundigen aan kunnen sluiten bij de Turkse en Marokkaanse diabetespatiënten en hoe zij het zelfmanagement kunnen helpen vergroten. Deze adviezen kunnen bruikbaar zijn voor bijvoorbeeld de Diabetesvereniging in Nederland, maar ook voor verpleegkundigen die in hun dagelijkse praktijk met deze patiëntengroep te maken hebben.

Methode

Type onderzoek

Het onderzoek is vanwege het open en explorerende karakter kwalitatief van aard (24). Aangezien het onderzoek betreft waarbij het gaat om de verscheidenheid aan inzichten van de diabetesverpleegkundigen in beeld te krijgen, is gekozen voor het kwalitatieve survey onderzoek (25-27). De kwalitatieve survey is een onderzoek naar de verscheidenheid in aard of betekenis van één of meer gedragingen, cognities of attributen binnen een populatie (27).

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel een doelgerichte homogene steekproef, als van de sneeuwbal methode. Doelgericht wil zeggen dat uit de populatie doelgericht onderzoekseenheden zijn geselecteerd die voldoen aan bepaalde kenmerken. De kenmerken die voor dit onderzoek werden gehanteerd zijn:

- Zij zijn diabetesverpleegkundigen
- Zij draaien zelfstandig spreekuur
- Zij komen gedurende minimaal twee jaar veelvuldig in contact met patiënten van Turkse en Marokkaanse origine

Onder patiënten van Turkse of Marokkaanse origine wordt in dit onderzoek zowel de eerste als de tweede generatie Turken of Marokkanen bedoeld. Dit betekent dat het gaat om patiënten die zelf in Turkije of Marokko zijn geboren en ten minste één ouder hebben die eveneens in Turkije of Marokko is geboren (eerste generatie), of dat de persoon in Nederland is geboren en ten minste één ouder heeft die in Turkije of Marokko is geboren (tweede generatie (28). Verder zal het gaan om volwassen patiënten.

Naast het doelgericht zoeken naar diabetesverpleegkundigen, is er gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode. Enkele verpleegkundigen wisten namen te geven van andere diabetesverpleegkundigen die benaderd konden worden.

De diabetesverpleegkundigen zijn telefonisch benaderd met de vraag of zij aan de voorwaarden voldeden en zo ja, of zij aan het onderzoek deel wilden nemen. De interviews hebben steeds plaatsgevonden op de locatie waar de diabetesverpleegkundige werkt, om de drempel om in het onderzoek te participeren zo laag mogelijk te houden.

Medisch ethische aspecten

Het onderzoek valt niet onder de WMO en is dus ook niet door de Medisch Ethische Commissie (MEC) beoordeeld.

Alle respondenten hebben voorafgaand aan het interview een verklaring ondertekend (bijlage I) waarin zij verklaren dat zij een informatiebrief hebben gekregen (bijlage II) en waarin toestemming wordt gegeven om de gegevens anoniem te gebruiken voor het onderzoek. De privacy van de respondenten is zoveel mogelijk gegarandeerd en herleidbaarheid zal worden voorkomen. Zo zijn de schriftelijke uitwerkingen van de digitale opnames geanonimiseerd, waardoor herleidbaarheid wordt voorkomen. De opnames zijn na transcriptie verwijderd. De geanonimiseerde data zullen maximaal twee jaar bewaard blijven.

Data verzameling

De data zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Hierdoor hadden de verpleegkundigen de ruimte om informatie te geven, was er de mogelijkheid om door te vragen bij onduidelijkheden en kon er meer diepgang in het interview worden gebracht. De interviews duurden maximaal 50 minuten.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een interview leidraad (bijlage III). Dit zijn vragen die in ieder geval aan bod zijn gekomen tijdens de interviews, mogelijk wel in verschillende volgorde. De interview leidraad zorgt er voor dat dezelfde typen van data verzameld worden bij de verschillende participanten. De leidraad focust op de verschillende aspecten van het te onderzoeken gebied (24). Na vier en na acht interviews is de leidraad kritisch doorgenomen en zijn kleine aanpassingen hierin verwerkt. Dit was om over een bepaald onderdeel nog wat verdieping te krijgen.

Het proces van data verzameling en data analyse is een iteratief proces geweest. Dit houdt in dat het proces van data verzameling en data analyse elkaar hebben afgewisseld.

De interviews zijn digitaal opgenomen en zijn uitgeschreven als een lopend verhaal.

Data analyse

In de kwalitatieve survey begint de analyse bij het coderen (27).

Het doel van het coderen is om de gegevens beter hanteerbaar en overzichtelijk te maken.

Daarnaast bevordert het thematisering, wat helpt om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag (29).

Het coderen binnen kwalitatief onderzoek berust op het volgende principe: de interviews worden in fragmenten geknipt, de fragmenten met hetzelfde onderwerp krijgen dat onderwerp als code, en de stukjes met dezelfde code worden bij elkaar geplaatst. De verzameling per code beschrijft dan de verscheidenheid van uitspraken over dat onderwerp (27). De verscheidenheid wordt samengevat in een beperkt aantal categorieën, de zogenaamde nominale categorieën. Om dit te bereiken zijn de interviews steeds met elkaar vergeleken, om zo te controleren of een nieuw bedachte code overal dezelfde betekenis heeft en of er geen gevallen zijn waar nog weer een ander onderscheid moet worden benoemd. Er is sprake van 'constante vergelijking' (27). Dit principe is ook in dit onderzoek zo toegepast. Om tot de nominale categorieën te komen is gebruik gemaakt van het computerprogramma WinMax. Vanuit de nominale categorieën is vervolgens een eigen overzicht gemaakt van verschillende thema's en de daarbij horende begeleiding door de diabetesverpleegkundige.

Kwaliteit van het onderzoek

Zaken die in dit onderzoek bij hebben gedragen aan de betrouwbaarheid zijn het hebben van een interview-leidraad, een gevolgde training voor interview-vaardigheden, en het gebruik maken van het computerprogramma WinMax.

De validiteit is zoveel mogelijk gegarandeerd door peer-debriefing, samenvatten en doorvragen tijdens de interviews en door member-check. De member check bestond uit het voorleggen van de globale uitkomsten van de interviews aan één van de geïnterviewde verpleegkundige. Zij kon zich goed vinden in de beschreven uitkomsten.

Resultaten

In dit onderzoek zijn twaalf diabetes verpleegkundigen geïnterviewd uit negen verschillende ziekenhuizen, waarbij acht van de verpleegkundigen van Nederlandse afkomst zijn, drie van Marokkaanse afkomst en één van Turkse afkomst. Zij waren allen werkzaam in een perifeer ziekenhuis. De verpleegkundigen kwamen uit de provincies Noord-Holland (acht), Zuid-Holland (twee), Noord-Brabant (één) en Overijssel (één).

In het proces van data analyse zijn twaalf thema's onderscheiden, waarvan er negen zowel op de Turkse als op Marokkaanse patiënten van toepassing zijn, één thema specifiek van toepassing is op de Turkse patiënten, en twee thema's specifiek op de Marokkaanse patiënten van toepassing zijn. De thema's en de daarbij horende begeleiding door de diabetesverpleegkundigen zullen hier worden toegelicht (bijlage IV).

Gebrekkig ziekte-inzicht

Gebrekkig ziekte inzicht vormt een vaak voorkomende barrière in de begeleiding van Turkse en Marokkaanse diabetespatiënten. Zoals één van de verpleegkundigen zei: "vooral de achtergrond kennis ontbreekt bij deze patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst". Een andere verpleegkundige heeft het ook over: "verbanden die niet gelegd worden terwijl die toch heel duidelijk aanwezig zijn".

Er zijn verschillende suggesties gegeven voor de begeleiding bij gebrekkig ziekte inzicht. Veel suggesties hadden betrekking op de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt. Het vaak herhalen van de informatie, de informatie kort en simpel vertellen, plaatjes laten zien om te verduidelijken en één onderwerp tegelijk bespreken zijn suggesties die werden genoemd voor de begeleiding

Ook werden er adviezen genoemd die goed zijn om aan de patiënten te geven als er sprake is van gebrekkig ziekte inzicht. Zij noemden het stellen van kleine doelen en het volgen van een cursus eigen taal en cultuur van de GG&GD over de ziekte.

Tot slot werd nog aangegeven dat het belangrijk is dat de verpleegkundige zich verdiept in de cultuur, om zo meer inzicht hierin te krijgen.

Andere ideeën over ziekte en lichaam

Een ander belangrijk punt waar verpleegkundigen in de begeleiding tegenaan lopen zijn de andere ideeën die Turkse en Marokkaanse patiënten kunnen hebben over ziekte en lichaam. Zoals één verpleegkundige aangaf: “wat om te beginnen belangrijk is, is dat diabetes bij deze mensen geen andere ziekte is, maar ze hebben een ander beeld van de ziekte. Ze denken bijvoorbeeld niet in termen van chronisch”. Ook komen verpleegkundigen mensen tegen die gaan experimenteren met bijvoorbeeld drankjes, in de hoop op een wonder.

De verpleegkundigen noemden twee belangrijke punten voor de begeleiding. Het afnemen van een goede anamnese om zo een beeld te krijgen hoe een patiënt zijn ziekte ziet, en, wat de communicatie betreft, niet een eigen verhaal ophangen, maar juist kijken vanuit de patiënt.

Religie

Een belangrijk aandachtspunt in de begeleiding van de Turkse en Marokkaanse patiënten is de religie, de Islam. Er zijn verschillende zaken die met religie te maken hebben en waar de verpleegkundigen mee te maken hebben in de begeleiding.

Zo is er de Ramadan, waar patiënten vaak aan mee willen doen “omdat het voor hun religie is, en omdat het een heel sociaal gebeuren is”.

Ook komen verpleegkundigen tegen dat patiënten aangeven dat alles wat gebeurt God's wil is, dat alles in Zijn handen ligt, en sommige patiënten nemen daardoor weinig eigen verantwoordelijkheid. Zoals één verpleegkundige aangaf dat patiënten redeneren: “ik ben niet in leven gebleven, of ik heb geen complicaties ontwikkeld, of het gaat goed met mij, niet omdat ik die medicijnen gebruik, nee het gaat goed met mij omdat God het wil”.

Veel suggesties over de begeleiding bij zaken rond religie liggen op het gebied van de communicatie. Zo kan het helpen om mensen te confronteren met de feiten, de wetenschap erbij halen en ook het aanvoeren van religieuze argumenten zoals citaten uit de Koran.

Ook kan het helpen om mensen erbij te betrekken, zoals een internist, die vaak wat meer gezag heeft, of een imam.

Andere begeleidingssuggesties waren het medicatieschema aanpassen voorafgaand aan de ramadan, of mensen vaker proberen te zien in die periode.

Sociale problemen

Sociale problemen werden veel genoemd als belemmeringen in de begeleiding. Het gaat dan om randvoorwaarden die missen, zoals mensen die “één euro per dag hebben om eten te kopen”, of een meter die ‘kwijt’ is, maar ook om problemen met huisvesting of werkloosheid. Er spelen problemen waardoor de diabetes “gewoon van ondergeschikt belang is”.

De verpleegkundigen noemden twee punten voor de begeleiding wanneer zij te maken hebben met patiënten met sociale problemen. In de eerste plaats proberen zij zoveel mogelijk de randvoorwaarden te scheppen, door bijvoorbeeld een nieuwe meter te geven. Vaak is dit echter niet mogelijk en geven de verpleegkundigen aan vooral adviezen te geven op allerlei gebieden. De verpleegkundigen geven echter wel aan dat er vaak weinig aan te doen is.

Psychische problemen

Ook merken de verpleegkundigen in hun begeleiding vaak psychische problemen. Hierbij valt te denken aan relatieproblemen en “levensmoeheid” . Wanneer die problemen spelen is “de diabetes gewoon minder belangrijk voor ze”.

De suggesties die de verpleegkundigen noemen voor de begeleiding hebben voor een groot deel betrekking op de communicatie. Zo geven zij aan dat ze steun geven door een luisterend oor te bieden en te praten over de zorgen.

Ook werden er suggesties genoemd die te maken hebben met andere disciplines. Zo geven de verpleegkundigen aan patiënten soms terug te sturen naar de huisarts om zo een verwijzing naar de GGZ te krijgen. Ook adviseren de verpleegkundigen mensen soms om naar een psycholoog te gaan.

Voeding en bewegen

Voeding wordt als een lastig punt gezien in de begeleiding, “het is heel moeilijk om op het gebied van eetgewoontes een gedragsverandering te bereiken. De verpleegkundigen denken dat het “vooral uit heimwee” komt dat mensen vast willen houden aan hun oude eetgewoontes. Lastig daarbij is dat er bij bijna elke maaltijd brood gegeten wordt, mensen vaak niet het ritme hebben van drie keer per dag een maaltijd en dat het niet mee-eten vaak als onbeleefd wordt gezien. Ook bewegen wordt als een lastig punt gezien, vooral omdat de

Turkse en Marokkaanse patiënten het van huis uit minder gewend zijn om te bewegen/sporten. Ook komt overgewicht vaak voor, waardoor eerder last van gewrichten ontstaat bij bewegen.

De verpleegkundigen gaven aan dat veranderingen op het gebied van voeding en bewegen vaak moeilijk te bereiken zijn. Suggesties wat betreft de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt zijn het blijven aanmoedigen en herhalen.

Wat betreft de adviezen die verpleegkundigen geven, die kunnen het beste zo concreet mogelijk zijn, en daarbij is het van belang dat de verpleegkundige kennis heeft van de cultuur specifieke voeding en eetgewoontes.

Communicatie

Moeilijkheden rond de communicatie wordt als een belangrijke barrière gezien. Dit hangt vaak samen met de taalbarrière. Het laten vertolken van het gesprek door een familielid wordt door veel verpleegkundigen niet als een goede oplossing gezien, want “daar zitten wel wat haken en ogen aan”. Zo is het onduidelijk wat precies wel en niet vertaald wordt, de relatie tussen tolk en patiënt is van invloed, en sommige zaken zijn dan moeilijk bespreekbaar.

Ook kunnen er gemakkelijk misverstanden ontstaan, zoals een verpleegkundige aangaf: “je hebt het gevoel dat dingen duidelijk overkomen, maar na afloop blijkt dat dit niet het geval was.” Ook analfabetisme komt nog vrij veel voor bij deze groep, en vraagt specifieke begeleiding.

Wat de begeleiding betreft geven de verpleegkundigen aan dat het het mooiste is wanneer een patiënt in zijn of haar eigen taal kan spreken. Dit kan doordat de eigen diabetesverpleegkundige de taal spreekt, of door gebruik te maken van een Turks of Marokkaans spreekuur, een spreekuur waarbij een tolk aanwezig is. Ook het aanraden van gezondheidsprogramma's op een Turkse of Marokkaanse zender kan helpen. Het inzetten van een professionele tolk wordt ook als een oplossing gezien. Een ander punt is het nabespreken van een gesprek met de internist om misverstanden recht te zetten.

Vakantie naar eigen land

De vakantie naar het geboorteland vraagt extra alertheid. Problemen die hier kunnen ontstaan zijn het bezoeken van een ‘arts’ aldaar en adviezen krijgen om met medicatie te stoppen, en randvoorwaarden die gaan ontbreken door het ‘kwijtraken’ van een meter, of het niet aan nieuwe medicatie kunnen komen door afwezigheid van een medische post.

Belangrijke aspecten voor de begeleiding zijn informatie inwinnen om zo gerichte adviezen te kunnen geven en voorlichting te geven over voeding, insuline bewaren als er geen koelkast is enz.

Ook het verwijzen naar artsen in het betreffende gebied kan helpen. Wanneer er dan problemen zijn kunnen mensen daar heen voor hulp. Enkele verpleegkundigen geven aan contacten te hebben met artsen in deze gebieden, wat verwijzing vergemakkelijkt.

Specifiek voor Turkse patiënten: altijd 'ja' zeggen

Een aandachtspunt bij de begeleiding van Turkse patiënten is dat ze “altijd heel graag ‘ja’ zeggen”. Zoals één verpleegkundige aangaf: “als je vraagt begrijpt u het, dan zeggen ze eigenlijk altijd ‘ja’, omdat het ongeleefd is om nee te zeggen”.

Een belangrijk punt voor de begeleiding is daarom het checken door navragen. “Vragen van doe het eens voor of vertel het eens na”. Hiermee kan worden gekeken of de informatie echt is aangekomen.

Specifiek voor Marokkaanse patiënten: gebrek aan self-efficacy

Bij de Marokkaanse patiënten is een aandachtspunt het gebrek aan self-efficacy, doordat dat in de opvoeding niet wordt meegegeven. “Je wordt niet opgevoed zoals het hier in het Westen gaat van kom op joh, je kan het”. “Je ziet dat mensen daardoor weinig aan zelfmanagement doen, het heel eng vinden om hun insulinedosering aan te passen, want ‘ik kan het niet’”. “Ze hebben heel weinig vertrouwen in het eigen kunnen”.

Bij de begeleiding kan het helpen om religieuze argumenten aan te dragen, zoals dat het “een plicht is vanuit de Islam om jezelf te vertrouwen”. Ook mensen laten zien dat ze het kunnen door eerst een keer voor te doen en dan patiënten ter plekke het zelf laten voordoen kan helpen.

Specifiek voor Marokkaanse patiënten: sociale bemoeienis

Een ander aandachtspunt bij Marokkaanse patiënten is de sociale bemoeienis. Familie, vrienden en burens die met medicijnen aankomen of bepaalde ‘drankjes’ of kruiden die zouden helpen. Sommige patiënten gaan hier vervolgens mee experimenteren wat, zeker bij het zomaar nemen van andere medicijnen of andere insuline, tot gevaarlijke situaties kan leiden. Belangrijk in de begeleiding is om informatie te geven, “mensen informeren dat sommige kruiden hetzelfde doen als medicijnen”. Ook mensen er hard op aanspreken als ze gevaarlijk bezig zijn geweest kan helpen. Vragen om te overleggen als mensen iets gaan uitproberen kan

zinnig zijn. Eventueel kunnen kinderen erbij betrokken worden zodat zij een oogje in het zeil kunnen houden.

Discussie en aanbevelingen

Uit de studie kunnen enkele conclusies worden getrokken. Zo blijkt dat de geïnterviewde diabetesverpleegkundigen verschillende barrières en belemmeringen ervaren in de begeleiding van Turkse en Marokkaanse patiënten. De belangrijkste punten om rekening mee te houden in de begeleiding van zowel de Turkse als de Marokkaanse patiënten zijn: gebrekkig ziekte-inzicht, andere ideeën over ziekte, religie, voeding en beweging, communicatie, vakantie naar eigen land, sociale problemen en psychische problemen. Een specifiek aandachtspunt bij de Turkse patiënten is hun neiging om altijd 'ja' te zeggen. Aandachtspunten bij Marokkaanse patiënten zijn gebrek aan self-efficacy en sociale bemoeienis van de omgeving.

Diabetesverpleegkundigen kunnen met deze aandachtspunten rekening houden en hun begeleiding erop afstemmen om zo het zelfmanagement bij deze patiëntengroep te vergroten. Dat kunnen zij doen door samen te werken met andere zorgverleners (artsen, psycholoog), de imam en de naasten (kinderen), door kennis van religieuze en culturele achtergrond te hebben, een luisterend oor te bieden, zoveel mogelijk randvoorwaarden scheppen, een tolk inschakelen, checken of informatie wordt begrepen, uitgebreide anamnese houden, confronteren en het self-efficacy helpen vergroten door hen voor laten doen en het boeken van kleine resultaten. Verder is het geven van informatie op maat belangrijk, door de informatie kort en simpel te vertellen, veel te herhalen, plaatjes gebruiken en concrete adviezen geven.

Uit de bestaande literatuur was al gebleken dat etniciteit van invloed is op zelfmanagement bij diabetes patiënten (17,21-22) en dat het bevorderen van zelfmanagement bij patiënten van Turkse en Marokkaanse patiënten om een andere aanpak lijkt te vragen dan het vergroten van zelfmanagement bij patiënten van Nederlandse origine (21). Er was echter nog niet bekend welke aanpak in de begeleiding het beste aansluit bij deze patiëntencategorie. In deze studie komen aspecten naar voren die diabetesverpleegkundigen gebruiken en die helpen om het zelfmanagement te bevorderen bij deze patiëntencategorie.

In een onderzoek naar thuiszorg aan mensen van Turkse en Marokkaanse origine, gaven thuiszorgmedewerkers taalproblemen, geen afspraken kunnen maken, verschil in opvatting tussen hulpverlener en patiënt, gebrekkig inzicht in organisatie van zorgverlening, geen

ziekte-inzicht bij de patiënt en medische of sociale problemen als ervaren barrières in de zorgverlening aan (30). De taalproblemen, gebrekkig ziekte-inzicht en sociale problemen komen overeen met de barrières die uit het in dit artikel beschreven studie komen. Geen afspraken kunnen maken, verschil in opvatting en gebrekkig ziekte-inzicht in de organisatie van zorgverlening zijn echter niet uit deze studie gekomen.

Uit een onderzoek op het gebied van diabetes en hart- en vaatziekten onder Hindoestanen blijkt dat er vermoedelijk sprake is van een ingewikkeld samenspel van 'nature, nurture en culture', wanneer het gaat over oorzaken, prevalentie en preventie. Er is nog weinig bekend over effectieve begeleiding van Hindoestaanse diabetespatiënten. Net als bij het in dit artikel beschreven onderzoek over patiënten van Turkse en Marokkaanse origine zijn er nog veel mogelijkheden voor vervolgonderzoek naar de meest effectieve begeleiding (31)

Voor de verpleegkundige praktijk resulteren uit het onderzoek meerdere aanbevelingen. Zo blijkt het heel belangrijk om, onder andere door een uitgebreide anamnese, achtergrondkennis te hebben van de patiënt. Het gaat dan vooral om achtergrondkennis over hoe de patiënt zijn ziekte ziet en beleeft. Deze achtergrondkennis kan helpen om de begeleiding beter te laten aansluiten op de individuele patiënt. Een open respectvolle houding van de diabetesverpleegkundige ten opzichte van de ideeën van de patiënt is daarbij essentieel.

In de begeleiding zal rekening moeten worden gehouden met het feit dat veel Turkse en Marokkaanse patiënten andere ideeën hebben over ziekte en gezondheid. De informatie zal daarom veelvuldig herhaald moeten worden en op een aangepaste manier moeten worden verteld, dus kort, simpel, mbv plaatjes en mbv concrete adviezen.

Een andere aanbeveling voor de verpleegkundige praktijk is om de patiënten van Turkse en Marokkaanse origine zoveel mogelijk te begeleiden door diabetesverpleegkundigen uit hun eigen cultuur, die de eigen taal spreken. Het inzetten van een tolk, zowel een familielid als een ingehuurde tolk, vormt vaak een barrière om vrijuit alles te kunnen bespreken. Dit geldt zeker bij een onderwerp als seksualiteit, terwijl dit bij diabetespatiënten wel een belangrijk onderwerp kan zijn om te bespreken.

Verder kan de diabetesverpleegkundige mensen ondersteunen en stimuleren om een weg te vinden in het Nederlandse gezondheidssysteem. Zeker wanneer mensen hiermee onbekend zijn kan de verpleegkundige hen hierin begeleiden.

Ook het continu benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is belangrijk. Dit speelt vooral wanneer er (enige) passiviteit is doordat patiënten de verantwoordelijkheid buiten zichzelf leggen, bijvoorbeeld vanuit religieus oogpunt (Allah heeft het zo gewild).

De eigen verantwoordelijkheid kan onder andere worden gestimuleerd door religieuze argumenten te gebruiken (zoals citaten uit de Koran), en door mensen te confronteren met de gevolgen van deze 'passiviteit'.

Ook het hebben van (enige) kennis van religie en cultuur helpt om patiënt beter te begrijpen en de begeleiding beter aan te laten sluiten bij de patiënt.

In de inleiding kwam als opvallend punt naar voren dat bij patiënten van Turkse en Marokkaanse origine een grotere mate van overtuiging van de ernst van diabetes en méér sociale steun van familie geassocieerd wordt met slechtere in plaats van betere diabetische uitkomsten. In dit onderzoek is geprobeerd hier meer inzicht in te krijgen. Een mogelijke verklaring waardoor sociale steun een negatieve invloed op diabetische uitkomsten heeft, kan zijn dat uitingen van sociale steun soms een negatieve invloed hebben op de diabetes. Hierbij valt te denken aan lekkernijen, het aanbieden van maaltijden, andere 'medicijnen' adviseren enz. Een verklaring waarom een grotere mate van overtuiging van de ernst van diabetes tot slechtere uitkomsten leidt is uit dit onderzoek niet naar voren gekomen.

De studie kent een aantal beperkingen. Zo zijn alle geïnterviewde diabetesverpleegkundigen werkzaam in een perifere ziekenhuis.

Dit houdt in dat de grootste groep patiënten die deze verpleegkundigen begeleiden patiënten zijn voor wie begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk onvoldoende is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij mensen met een (gedurende langere tijd) slecht gereguleerde diabetes. Er zal dus vaker sprake zijn van een wat complexere situatie. De uitspraken van de verpleegkundigen hebben betrekking op deze groep patiënten en verder hebben de uitspraken ook vooral betrekking op de eerste generatie Turkse en Marokkaanse patiënten.

Verder moet er rekening worden gehouden met het feit dat het om kwalitatief onderzoek gaat waarin subjectiviteit een rol speelt. Eigen ideeën van de onderzoeker kunnen een rol spelen in het onderzoek.

In dit onderzoek is, door het hanteren van inclusiecriteria voor de diabetesverpleegkundigen, gestreefd naar homogeniteit. In de uiteindelijke steekproef is toch een zekere mate van

heterogeniteit aanwezig, vooral door de verschillen in origine van de verpleegkundigen en de provinciën waar zij werkzaam zijn. Dit betekent dat ondanks dat de reikwijdte beperkt is tot verpleegkundigen in een perifere ziekenhuis, de reikwijdte toch iets breder is door bovengenoemde heterogeniteit.

Naast de reeds genoemde aanbevelingen voor de praktijk zijn er verschillende aanbevelingen voor vervolg onderzoek.

Eén aanbeveling is om te kijken welke begeleiding aansluit bij Turkse en Marokkaanse patiënten, maar dan vanuit patiënten perspectief. Dit kan belangrijke aanvullende informatie opleveren op de resultaten van deze studie, waarbij uitsluitend vanuit het verpleegkundig perspectief is gekeken.

Verder zouden de bestaande theorieën en modellen over gedragsverandering cultuursensitiever gemaakt moeten worden. Ook bepaalde vragenlijsten zouden aangepast moeten worden aan deze cliënten. Vragen als ‘hoeveel fietst u op een dag?’ zijn vaak ongeschikt voor deze patiënten, omdat er gedrag wordt veronderstelt wat niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Een vraag als ‘hoe vaak gaat u naar de markt, of ‘hoe vaak gaat u met uw kinderen naar het park’ zou als een vervanging hiervoor kunnen gelden.

In dit onderzoek is gekeken naar de twee meest voorkomende groepen etnische minderheden in Nederland, namelijk de Turken en Marokkanen. Er zijn naast deze twee groepen nog meer groepen etnische minderheden bij wie mogelijk ook een andere aanpak en begeleiding gewenst is. Hierbij valt te denken aan Hindoestanen en/of Indiërs. Onderzoek naar de begeleiding van deze groepen kan dit inzichtelijk maken.

Referentielijst

1. Moser A, Brugge H, Widdershoven G & Spreuwenberg C. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 2008;8,91.
2. Nationaal Kompas Volksgezondheid: Diabetes mellitus: omvang van het probleem. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1259n17502.html
3. Weijers RN, Bekedam DJ & Oosting H. The prevalence of type 2 diabetes and gestational diabetes mellitus in an inner city multi-ethnic population. *Europese Journal of Epidemiology*, 1998; 14: 693-9.
4. Dijkshoorn H, Uitenbroek DG & Middelkoop BJC. Prevalentie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten onder Turkse, Marokkaanse en autochtone Nederlanders. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2003; 147 (28): 1362-6.
5. Kriegsman D, van Langen J, Valk G, Stalman W & Boeke J. Hoge prevalentie van diabetes mellitus type 2 bij Turken en Marokkanen. *Huisarts en Wetenschap*, 2003; 46: 363-368.
6. Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN & Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and a age-specific socioeconomic gradient. *International Journal of Epidemiology*, 1999; 28: 1119-1123.
7. Nationaal Kompas Volksgezondheid: Diabetes mellitus: de ziekte, de determinanten en de zorg voor de patiënt. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>
8. Harvey JN & Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 2008;26:5-13.
9. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH & Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 2002;25:1159-71.
10. Haffner SM, Tuttle KR & Rainwater DL. Decrease of lipoprotein(a) with improved glycemic control in IDDM subjects. *Diabetes Care*, 1991;14:302-7.
11. Agurs-Collins TD, Kumanyika SK, Ten Have TR & Adams-Campbell LL. A randomized controlled trial of weight reduction and exercise for diabetes management in older African-American subjects. *Diabetes Care*, 1997;20:1503-11.
12. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, Best J & Young D. The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Services Research*, 2008;214.
13. Weijman I, Ros WJG, Rutten GEHM, Schaufeli W.B, Schabracq MJ & Winnubst JAM. The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 2005;59:87-96.
14. Morrow AS, Haidet P, Skinner J & Naik AD. Integrating diabetes self-management with the health goals of adults: A qualitative exploration. *Patient Education and Counseling*, 2008;72:418-423.
15. Mollem ED, Snoek FJ & Heine RJ. Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 1996;29:277-281.
16. Nagelkerk J, Reick K & Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 2005;54(2):151-158.

17. Sarkar U, Fisher L & Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 2006;29; 823-829.
18. Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT & Goff DC. The association of patients trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Family Practice*, 2004;5:26.
19. Glasgow RE, Fisher L, Skaff M, Mullan J & Toobert DJ. Problem solving and diabetes self-management. *Diabetes Care*, 2007;30:33-37.
20. Cavanaugh K, Huizinga MM, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A & Davis D. Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*, 2008;10:737-746.
21. Lanting LC, Joung IMA, Vogel I, Bootsma AH, Lamberts SWJ & Mackenbach JP. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behaviour. *Patient Education and Counseling*, 2008;72:146-154.
22. Oster NV, Welch V, Schild L, Gazmararian JA, Rask K & Spettell C. Differences in self-management behaviours and use of preventive services among diabetes management enrollees by race and ethnicity. *Disease Management*, 2006;9:167-176.
23. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publicatiom/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=2-4,11,38,46,95-96,137,152,173,177,194,215,232&D6=0,4,8,12,1&HD=100209-1037&HDR=T,G2,G3,G5&STB=G1,G4>
24. Holloway I & Wheeler S. *Qualitative research in nursing*, Blackwell Science Ltd, 1996.
25. Dassen Th.W.N & Keuning F.M. *Lezen en beoordelen van onderzoekpublicaties. Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*, Baarn, HB uitgevers, 2007.
26. Wester F, Smaling A & Mulder L. *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*, Bussum, Coutinho, 2000.
27. Jansen H. De kwalitatieve survey, methodologische identiteit en systematiek van het meest eenvoudige type kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 2005;10:3.
28. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/26785779-AAFE-4B39-AD07-59F34DCD44C8/0/index1119.pdf>
29. Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boomonderwijs, 2006
30. Graaff FM, Hasselt TJ & Francke AL. *Thuiszorg voor terminale Turkse en Marokkaanse patiënten. Ervaringen en opvattingen van naasten en professionals. Eindrapport*. Utrecht, Nivel, 2005.
31. Middelkoop B. Hindostanen en hun suiker. Onbekende oorzaken, gezondheidsproblemen en zorgvuldigheidseisen. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 2009; 6,1.

Bijlage I: toestemmingsverklaring

Hierbij verklaar ik, dat ik informatie heb ontvangen over het onderzoek dat uitgevoerd wordt door Anne-Marijn Tax (titel: ‘Verpleegkundige inzichten over zelfmanagement bevordering bij diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine’).

Ik geef toestemming aan Anne-Marijn Tax om de informatie die ik haar heb gegeven tijdens het interview, anoniem te mogen gebruiken voor haar onderzoek.

Datum:

Handtekening:

Bijlage II: informatiebrief voor de diabetesverpleegkundigen

Anne-Marijn Tax
Buitenhoflaan 23
2353MG Leiderdorp

Leiderdorp,

Geachte diabetesverpleegkundige,

In deze brief wil ik graag een korte toelichting geven op mijn onderzoek.

Het onderzoek voer ik uit in het kader van mijn studie Verplegingswetenschap. De vraag die ik in dit onderzoek stel is: 'Hoe kunnen diabetesverpleegkundigen zelfmanagement bij diabetespatiënten van Turkse of Marokkaanse origine bevorderen?' Het doel van dit onderzoek is om er achter te komen hoe diabetesverpleegkundigen bij patiënten van Turkse of Marokkaanse origine te werk gaan in hun adviezen en begeleiding bij het bevorderen van zelfmanagement. Diabetesverpleegkundigen die werken met patiënten van Turkse of Marokkaanse origine hebben een schat aan ervaringen en inzichten. Deze inzichten wil ik proberen in kaart te brengen.

Om dit doel te bereiken ben ik op zoek naar diabetesverpleegkundigen die bereid zijn een interview te geven, waarin ik aan de hand van een aantal vragen inzicht hoop te krijgen in de boven genoemde vraag.

De interviews zullen met een tape recorder worden opgenomen en volledig geanonimiseerd worden verwerkt. De tapes zullen na afronding van het onderzoek (juli 2010) worden vernietigd. De geanonimiseerde data (de interviews geanonimiseerd uitgeschreven) zullen maximaal twee jaar worden bewaard. Dit in verband met een mogelijke publicatie.

De interviews zullen plaatsvinden in de periode december 2009-april 2010. Begin juli 2010 zal het onderzoek worden afgerond. Het eindresultaat zal een artikel zijn waarin de uitkomsten staan beschreven. Indien u het op prijs stelt, kunt u uiteraard ook een exemplaar van het artikel toegestuurd krijgen.

Mocht u vragen of opmerkingen hebben, neemt u dan gerust contact met mij op.

Hartelijke groet,

Anne-Marijn Tax
Student Verplegingswetenschap
A.M.R.Tax@students.uu.nl
06-30880134

Bijlage III: interviewleidraad

De interview leidraad voor het onderzoek bestaat uit de volgende vragen:

- Kunt u mij vertellen hoe u te werk gaat in het begeleiden van patiënten van Turkse en Marokkaanse origine tijdens uw spreekuur?
- Ervaart u bijzonderheden bij de begeleiding van diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse origine op uw spreekuur en zo ja welke?
 - o (Zo ja,) hoe gaat u hiermee om (met deze bijzonderheden)?
- Ervaart u belemmeringen bij de begeleiding van diabetespatiënten van Turkse of Marokkaanse origine op uw spreekuur en zo ja welke?
 - o (Zo ja,) hoe gaat u hiermee om (met deze belemmeringen)?
- Wat zijn de factoren die volgens u in het bijzonder bij de Turkse en Marokkaanse patiënten van invloed zijn op zelfmanagement?
 - o Hoe houdt u bij het begeleiden en adviseren van deze patiënten rekening met deze factoren?
- Heeft u het idee dat de patiënten van Turkse of Marokkaanse origine de ernst van de ziekte inzien?
- Wat zijn uw ideeën over de rol van sociale steun bij patiënten van Turkse of Marokkaanse origine?
- (merkt u duidelijke verschillen tussen de eerste en tweede generatie?)
- Zijn er andere onderwerpen die ik niet genoemd heb, maar die volgens u wel van belang zijn in relatie tot zelfmanagement bij deze doelgroepen?

- Hoe stelt u 'gezonde leefstijl' (voeding en bewegen) aan de orde?

Bijlage IV: globaal overzicht interviewuitkomsten

Barrières/belemmeringen	Begeleiding
<i>Algemeen</i>	<i>Algemeen</i>
Gebrekkig ziekte-inzicht	<ul style="list-style-type: none"> - Herhalen - Informatie kort en simpel geven - Ze moeten dingen zelf ervaren - Kleine resultaten boeken - Plaatjes laten zien - Verdiepen in cultuur - Één onderwerp tegelijk - Cursus van eigen taal en cultuur & GG&GD
Andere ideeën over ziekte, lichaam enz.	<ul style="list-style-type: none"> - Goede anamnese - Niet eigen verhaal ophangen, maar kijken vanuit patiënt
Allerlei andere lichamelijke klachten	<ul style="list-style-type: none"> - Aanhoren - Kijken of het door diabetes komt - Terugsturen naar huisarts
Voeding	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis van de voeding hebben - Adviezen geven - Het zo laten - Concrete adviezen geven
Bewegen	<ul style="list-style-type: none"> - Attenderen op mogelijkheden (Marokkaanse damesgroepen) - Blijven aanmoedigen en herhalen - Concrete adviezen geven
Communicatie (oa taal, analfabetisme)	<ul style="list-style-type: none"> - Liefst eigen taal spreken - Spreekuur in eigen taal - Gesprek met internist nabespreken en checken met patiënt - Veel praten (bij analfabetisme) - Uitslagen in meter controleren - Tolk inschakelen - Turks/Marokkaanse tv
Vakantie naar eigen land	<ul style="list-style-type: none"> - Informatie inwinnen - Voorlichting geven - Verwijzen naar arts in dat land - Achteraf controleren van waardes
Sociale problemen (randvoorwaarden zoals geld voor eten, goede schoenen en glucosemeter ontbreken, werkloosheid, kind)	<ul style="list-style-type: none"> - Zoveel mogelijk randvoorwaarden scheppen (nieuwe meter geven) - Adviezen geven - Weinig aan te doen
Psychische problemen (oa relatieproblemen, problemen met kinderen)	<ul style="list-style-type: none"> - Intensievere begeleiding - Ommetje lopen - Steun geven, luisterend oor bieden - Praten over de zorgen - Niet teveel in meegaan, wel even tijd aan besteden - Eventueel huisarts inschakelen (voor

	verwijzing GGZ) - Meegaan met patiënt naar psycholoog
Religie (oa ramadan, weinig eigen verantwoordelijkheid nemen omdat alles in handen van Allah ligt)	- Confronteren - Wetenschap geeft informatie - Imam erbij betrekken - Internist erbij betrekken - Medicatieschema voorafgaand aan de ramadan aanpassen - Religieuze argumenten aandragen (bij ziekte hoeft ramadan niet, in de tijd van de Profeet waren er ook geneesheren)
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
<i>Specifiek voor Turkse patiënten</i>	<i>Specifiek voor Turkse patiënten</i>
Altijd 'ja' zeggen (zeggen dat ze het begrijpen)	- Checken door navragen
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
<i>Specifiek voor Marokkaanse patiënten</i>	<i>Specifiek voor Marokkaanse patiënten</i>
Opvoeding (hierdoor gebrek aan self-efficacy)	- Religieuze argumenten aandragen - Laten zien dat ze het kunnen - Eerst proberen
Sociale bemoeienis (en hierdoor gaan experimenteren met drankjes enz.)	- Mensen erop aanspreken - Informatie geven - Vragen om te overleggen - Eventueel kinderen erbij betrekken