Cultuurspecifieke educatie voor de Turkstalige patiënt met Diabetes Mellitus type 2

Het organiseren van een groepsles in de huisartspraktijk.

Delrue Willem, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Demirkapu Haki , Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1/ ABSTRACT

Cultuurspecifieke educatie voor de Turkstalige patiënt met Diabetes Mellitus type 2: het organiseren van een groepsles in de huisartspraktijk

Huisarts - In - Opleiding: Willem Delrue, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent
Co-Promotor: Dr. Demirkapu Haki, Vrije Universiteit Brussel

Context

De hoge prevalentie van Diabetes Mellitus type 2 bij de migrantenpopulatie met Turkse roots vraagt een cultuurspecifieke aanpak om deze patiënten beter te bereiken en te informeren. Cultuurspecifieke diabeteseducatie werkt en zou idealiter meer toegepast worden in de huisartspraktijk. Het erkennen en bestuderen van interculturele verschillen tussen populaties met verschillende achtergrond kan hierbij nuttig zijn.

Onderzoeksvraag

In deze thesis werd geprobeerd een groeps-educatie te voorzien voor de Turkstalige DM type 2 patiënten van 'maison médicale le 35' in Brussel. Wat is de invloed van groeps-educatie op de kennis van de deelnemers? Wat zijn eventuele drempels? Wat kan een Huisart - In - Opleiding hieruit leren?

Methode

Naast een voorbereidend literatuuronderzoek, werden de interculturele verschillen tussen Turken en Belgen bekeken via de 6 dimensies van Hofstede. Na het recruteren van de deelnemers, er zouden uiteindelijk 5 deelnemers de volledige studie afwerken, werd hen aan huis een bezoek gebracht. Er werd dan een kort interview gevoerd, die geanalyseerd werd via de protocolanalyse. Daarnaast werd ook de DKQ - 24 (Diabetes Knowledge Questionnaire) afgenomen. Dit is een gestandaardiseerde vragenlijst bestaande uit 24 vragen die peilt naar de kennis van de DM type 2 patiënt over zijn eigen aandoening. Dan werd ongeveer een maand erna een groepsles georganiseerd in "masion médicale le 35". Tussen 2 - en 3 weken na de les werd weer een huisbezoek gedaan en werd diezelfde DKQ - 24 weer afgenomen. De antwoorden tussen beide vragenlijsten werden dan vergeleken.

Resultaten

Er is verbetering merkbaar in de kennis van de deelnemers na deelname aan de cutuurspecifieke groepsles. Voor de les was de gemiddelde score 11.6 op 24, erna 14.2 op 24. De 5 deelnemers geven echter te weinig power om hier duidelijke conclusies uit te trekken. Over het algemeen is de kennis van DM type 2 ondermaats. Ook over meer cultuurspecifieke onderwerpen zoals de ramadan en diabetes is er te weinig kennis.

Conclusie

Het organiseren van cultuurspecifieke groepseducatie aan Turkstalige DM type 2 patiënten doet hun kennis toenemen. Een langetermijn studie met meer deelnemers is echter noodzakelijk. Er zijn verschillende drempels die het organiseren van het educatiemoment moeilijker maken. Cultuurspecifieke educatie aanbieden is leerrijk voor zowel patiënt als zorgverlener. Toekomstige onderzoeken zouden meer thema-gericht te werk kunnen gaan.

Inhoudsopgave

1/ ABSTRACT **3**

2/ INLEIDING **6**

2.1 Diabetes Mellitus Type 2 *6*

2.2 Levensstijl en educatie in de behandeling van Diabetes Mellitus type 2 *7*

2.3 Prevalentie van Diabetes Mellitus type 2 *9*

2.4 Oorzaken van prevalentieverschillen bij migrantenpopulaties *10*

2.5 Oorzaken van verminderd zelfmanagement bij migrantenpopulaties *11*

2.6. De 6 dimensies van Hofstede toegepast op België en Turkije *13*

2.6.1 Dimensies die gelijkaardig zijn tussen Turken en Belgen 14

2.6.2 Collectivisme en de Ramadan als voorbeeld 14

2.6.3 De lange termijn oriëntatie 16

2.7 Doelstelling van deze thesis *17*

3/ METHODE **19**

3.1. literatuuronderzoek *19*

3.2. Recrutering van de deelnemers *20*

3.3 Huisbezoeken met afname vragenlijst en interview *22*

3.4. Educatiemoment en 2^{e} huisbezoek *23*

4/ RESULTATEN **25**

4.1. Beschrijving van de deelnemers *25*

4.2. interviews voorafgaand aan de groepsles *26*

4.3. Antwoorden DKQ-24 voor lesmoment *28*

4.4. Antwoorden DKQ-24 na lesmoment *31*

4.5. Het educatie-moment en de presentatie *32*

5/ DISCUSSIE **33**

6/ CONCLUSIE **36**

6.1. De cultuurspecifieke groepsles *36*

6.2. Drempels ervaren tijdens deze thesis *36*

6.3. Aanbevelingen voor verder onderzoek *37*

7/ BIBLIOGRAFIE **38**

8/ Bijlagen **42**

8.1 Goedgekeurd Protocol *42*

8.2. Goedkeuring Ethisch Comité *45*

8.1 24-ITEM DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE AND CORRECT RESPONSES *47*

2/ INLEIDING

2.1 Diabetes Mellitus Type 2

Diabetes Mellitus Type 2 (DM type 2) is een chronische aandoening met een aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit, met een stijgende incidentie en prevalentie de voorbije decennia. Het is een aandoening die een multifactoriële aanpak vereist door verschillende actoren in de gezondheidszorg. (2)

Pathofysiologisch is DM type 2 een tweeledig probleem: Enerzijds is er een toegenomen insulineresistentie in de perifere weefsels, anderzijds is er een verminderde aanmaak van insuline in de B-cellen van de pancreas. Zo zal er progressief te weinig insuline aangemaakt worden om de perifere insulineresistentie te overwinnen. Hieruit volgt een te hoge glucose concentratie in het bloed (hyperglycemie). Dit kan aanleiding geven tot micro-en macrovasculaire complicaties. (2)

DM type 2 is geassocieerd met abdominale obesitas, hypertensie, dyslipidemie, hyperuricemie en verhoogde kans op thrombose. Deze risicofactoren komen niet zelden samen voor en kunnen samengevoegd worden onder de naam van het metabool syndroom. Deze risicofactoren geven stuk voor stuk, en samen zeker, een verhoogd cardiovasulair risico.

Het ontstaan van DM type 2 is een samenspel van verschillende factoren. Zowel erfelijke- als omgevingsfactoren zijn belangrijk. De belangrijkste risicofactoren zijn obesitas en een gebrek aan lichaamsbeweging. De kans op ziekte neemt toe vanaf de middelbare tot oudere leeftijd, maar soms kan de diagnose al gesteld worden bij obese adolescenten. (1,2)

Het is belangrijk DM type 2 zo vroeg mogelijk op te sporen en aan te pakken. Een goede glycemie controle kan de kans op complicaties op korte en lange termijn sterk doen afnemen. De acute complicaties zijn de hyperglycemische keto-acidose en een hypoglycemie bij te

schommelende glycemiewaarden (vb bij bepaalde DM type 2 medicatie). Op de langere termijn maken we een onderscheid tussen de microvasculaire (Retinopathie, nefropathie en neuropathie) en de macrovasculaire complicaties (coronair ischemisch caridaal lijden, perifeer vaatlijden en cerbrovasculair lijden). (1,2)

De diagnose van DM type 2 wordt gesteld door nuchtere glycemie bepaling op veneus bloed. Voor de diagnose zijn 2 afzonderlijke nuchtere glycemiebepalingen ≥ 126 mg/dl nodig of een eenmalige glycemie van ≥ 200 mg/dl. Indien een nuchtere glycemie niet haalbaar is, is tweemaal een HbA1c ≥ 6.5% diagnostisch. (2)

De behandeling van DM type 2 vindt grotendeels plaats in de eerste lijn. Doelstelling is een goed gecontroleerde glycemie te bekomen en zo de kans op complicaties te verminderen. De glycemie wordt gecontroleerd aan de hand van de HbA1c. Deze moet algemeen onder de 7% blijven. Soms kan een HbA1c onder de 6,5% nagestreefd worden, bijvoorbeeld bij patiënten met een recente DM type 2 diagnose, een levensverwachting > 10 jaar en zonder significant CV-lijden. Bij anderen kan de HbA1c limiet op 8% gebracht worden, dit is eerder bij oudere patiënten met een lagere levensverwachting en een significante CV comorbiditeit.

2.2 Levensstijl en educatie in de behandeling van Diabetes Mellitus type 2

Een essentieel onderdeel en eerste stap in de behandeling van DM type 2 is om levensstijlmaatregelen te nemen. Een goed voedingsadvies, een toename van de fysieke activiteit, het stoppen met roken en een afname van alcoholconsumptie behoren tot deze levensstijlmaatregelen. Na drie maanden wordt een HbA1c controle uitgevoerd. Op basis hiervan wordt er dan eventueel een perorale anti-diabetische behandeling opstarten. Hierbij start men eerst metformine op, tenzij er specifieke contra-indicaties zijn zoals een nierinsufficiëntie met GFR onder de 30ml/min. Na herhaaldelijk 3-maandelijks bloedonderzoek

kan dan eventueel een 2e soort anti-diabeticum worden toegevoegd en indien nodig een 3e. Het toevoegen van perorale anti-diabetica gebeurd steeds afhankelijk van het profiel van de patiënt. Indien er nog geen voldoende glycemie controle wordt bereikt start men met een basaal insulineschema. Vanaf dit punt wordt de patiënt mee opgevolgd door een endocrinoloog. In deze inleiding gaan we niet verder in op de medicamenteuze behandeling van DM type 2, hiervoor verwijzen we naar de desbetreffende richtlijnen van NHG en Domus Medica.

Centraal in de behandeling van DM type 2 is educatie. Een goede educatie van de patiënt, door verschillende actoren in de gezondheidszorg, is kosteneffectief en vermindert het aantal diabetesgerelateerde complicaties. Gustructureerde educatie wordt momenteel alleen terugbetaald voor patiënten die in aanmerking komen voor de diabetesconventie (Bij patiënten met 2 of meer insuline-injecties per dag) of voor het zorgtraject diabetes (patiënten met 1 of 2 injecties per dag of waarbij injectietherapie wordt overwogen). Het betreft hier dan diabeteseducatie door gediplomeerde diabetes educatoren. Groepseducatie wordt in ons land nog niet terugbetaald en wordt daarom ook minder aangeboden. (2)

Meer en meer is DM type 2 een aandoening waarbij de patiënt manager wordt van zijn eigen ziekte en behandeling. Voor een goed zelfmanagement is adequate educatie cruciaal. De patiënt heeft hiervoor kennis van de ziekte, de opvolging en de behandeling nodig. Deze informatie is vrij moeilijk en complex en dient dan ook op regelmatige basis en met de nodige aandacht aan de patiënt te worden aangeboden. Een beter zelfmanagement bij personen met DM type 2 leidt tot betere bloedwaarden, betere controle van het lichaamsgewicht en een betere ziekte-kennis. Het is dus een effectieve manier in de aanpak van DM type 2. (1,2)

Groepseducatie werkt, dat toonden de meta-analytische review van Steinbekk et al. Zij vergeleken en bestudeerden de resultaten van 21 clinical trials waarin de impact van groepseducatie wordt bekeken. Ze vonden een significante verbetering in klinische, psychosociale en levensstijl outcomes. In hun conclusie vermelden ze wel dat een intensieve

individuele aanpak een beter resultaat geeft, wat ook te verwachten is. Een doorgedreven individuele aanpak is dus de beste keuze, maar een groepseducatie kan ook een meerwaarde bieden aan de patiënten met DM type 2. (3,4,5)

2.3 Prevalentie van Diabetes Mellitus type 2

In 2017 was de prevalentie van DM type 2 in België bij 18 tot 99 jarigen 6,8%, aangepast aan de gemiddelde leeftijd is dit 4,4%. Hiermee heeft België een van de laagste prevalentiecijfers van Europa. Een land dat minder goed scoort is Turkije. Met een leeftijdsaangepaste prevalentie van 11,9%. Dit impliceert dat ongeveer 1 op de 8 Turken tussen 18 en 99 jaar DM type 2 heeft, tegenover 1 op 15 Belgen. Deze prevalentiecijfers werden berekend door de International Diabetes Federation en werden gepubliceerd in de IDF Diabetes Atlas. (6) Hieruit kunnen we uiteraard geen conclusies trekken wat betreft de prevalentie van DM type 2 bij Belgen met Turkse origine, maar het is wel een indicator wat betreft de prevalentie van DM type 2 in de Turkse cultuur.

Een prevalentiestudie uit 2009 van De Boosere et Al. (7) toonde aan dat de prevalentie van DM type 2 bij de autochtone Belgische bevolking lager ligt dan bij Belgen met Turkse of Marrokaanse migratie-achtergrond. Meer specifiek vergeleken zij autochtone Belgen met migranten met Marokkaanse of Turkse achtergrond in de leeftijdscategorie van 35 tot 74 jaar. Zij vonden bij Belgische mannen een prevalentie van 5.0%, bij Marokkaanse mannen 5.8% en bij Turkse mannen 6.5%. Bij vrouwen van Belgische, Turkse en Marrokaanse origine vonden ze een prevalentie van respectievelijk 4.3%, 18.7% en 11.9%. Voornamelijk bij de vrouwen bleek een groot verschil in prevalentie aanwezig te zijn. Voor zowel mannen en vrouwen kunnen de verschillen in prevalentie voornamelijk verklaard worden door levensstijlfactoren, een gebrekkig ziekte-inzicht en een lager educatieniveau. (7)

Zo'n verschil in prevalentie tussen bevolkingsgroepen met verschillende etnische achtergrond zien we ook in andere West-Europese landen. Dit fenomeen werd beschreven in

het artikel van Vandenheede et Al. Zij zagen dat de mortaliteit door DM type 2 hoger ligt bij de migrantenpopulatie dan bij de natieve populatie in 7 West-Europese landen. (8)

De meeste recente prevalentiestudies die voor ons bruikbaar zijn werden uitgevoerd in Nederland. Bruikbare info betreffende DM type 2 en de migrantpopulatie kan overzichtelijk teruggevonden worden op huisarts-migrant.nl en Pharos.nl. Ook hier maakt men gewag van een prevalentie die bij allochtonen 2 tot 4 keer hoger ligt dan de gemiddelde prevalentie van de autochtone bevolking. (9,10)

2.4 Oorzaken van prevalentieverschillen bij migrantenpopulaties

De redenen van deze prevalentieverschillen zouden voor een deel erfelijk zijn. Personen met een migratie achtergrond krijgen sneller, dit wil zeggen gemiddeld met een lagere BMI DM type 2, dan autochtonen. Ook levensstijlfactoren zijn heel belangrijk. Personen met een migratie achtergrond en personen met een lagere sociaaleconomische status (SES) hebben vaker overgewicht en bewegen minder dan personen met een hogere SES en een niet-migratie achtergrond. Een 3^{e} factor die aangehaald wordt is stress. Patiënten met een lage SES en een migrantie achtergrond hebben meer globale stress. Migranten kunnen extra stress ervaren tengevolgen van hun migratie-achtergrond, ervaren discriminatie en frustraties rond taal – en cultuurverschillen. Dit kan een reden zijn voor chronische stress, wat dan weer een risicofactor zou zijn tot het ontwikkelen van DM type 2. (9,10,11)

2.5 Oorzaken van verminderd zelfmanagement bij migrantenpopulaties

Zoals eerder aangehaald tracht men het zelfmanagement bij patiënten met DM type 2 te verhogen. Dit is echter moeilijk en vraagt kennis en inzicht in de ziekte en zijn behandeling. Hiervoor zijn opleidingsmomenten voorzien bij diabetes-educatoren. Deze zijn echter soms niet aangepast aan de noden of het niveau van de patiënt. Voor personen met een migratie-achtergrond kan de geboden informatie soms moeilijk begrijpbaar en dus minder effectief zijn. Er zijn verschillende barrières: een andere culturele achtergrond, langdurige afwezigheid door terugkeer naar vaderland, andere voedingsgewoontes, taalbarrières, weinig ziekte-inzicht, andere ziektebeleving en andere prioriteiten. Deze barrières kunnen lijden tot minder kennis en dus een minder effectief zelfmanagement. Een bijkomende reden van de minder effectieve diabetes-educatie ligt bij de zorgverleners zelf. Zij zouden geneigd zijn om patiënten met een hogere SES meer bij preventie en zelfmanagement te betrekken dan patiënten met een lage SES. (10,11,12)

Als we onze diabeteseducatie en – voorlichting aanpassen aan de noden van ons doelpubliek zal deze effectiever zijn dan wanneer deze niet is aangepast. De reviewstudie van Attridge et Al. (5), waarbij 33 studies met meer dan 7000 participanten vergeleken werden, toonde aan dat een cultuurspecifieke diabeteseducatie bij ethnische minderheden in middelhoge - en hoog inkomenslanden een positief effect heeft op kennis, glycemische controle en levensstijl op de middellange termijn. De diabeteseducatie aanpassen aan culturele gewoontes van de patiënt heeft met andere woorden positieve gevolgen. De patiënt zal informatie ontvangen die aangepast is aan zijn achtergrond en beter aansluit bij zijn dagelijks leven. De studies die vergeleken werden hadden een vrij heterogeen design. Zo waren er grote verschillen in aantal deelnemers (groep en individueel), duur van de interventie en gegeven lesmateriaal. 1 van de belangrijkste conclusies was dat er meer grootschalige RCT's op lange termijn uitgevoerd moeten worden om een volledig beeld te krijgen op de effecten van cultureel aangepaste diabeteseducatie. (5,12,13)

Tips voor eerstelijnszorgverleners

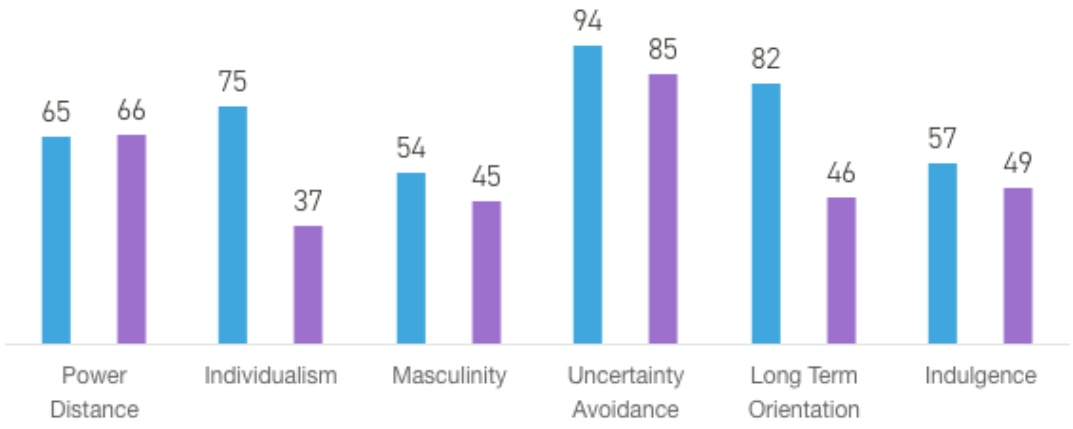
Ervaren knelpunten vanuit de zorgverlener	Mogelijkheden in begeleiding
Gebrekkig ziekte-inzicht, weinig kennis over werking lichaam, beperkt gezondheidsvaardig, laaggeletterd	• Herhalen • Informatie kort en simpel vertellen • Maak gebruik van visueel materiaal (tekeningen, filmpjes etc) • Stel lage doelen, wees tevreden met kleine resultaten
Communicatie	• Geef niet teveel informatie in een keer, maar doe het in stapjes. • Vraag patiënt mogelijk eerder terug op consult of reserveer een dubbelconsult. • Blijf patiënt aanmoedigen en stimuleren
Cultuursensitief	• Informeer en adviseer patiënt wanneer deze op vakantie gaat naar herkomst land. • Adviseer over diabetes en ramadan. • Bespreek voedingspatroon en voedingsmiddelen, sluit aan bij de gewoonten van de patiënt.

Afbeelding 1: Pharos.nl: Algemene tips voor eerstelijnszorgverleners in het begeleiden van patiënten met een andere culturele achtergrond

Het aansporen tot zelfmanagement wordt uitgevoerd door verschillende actoren in de gezondheidszorg. In de 1^{e} lijn zijn dit voornamelijk de diabeteseducatoren, verpleegkundigen en de huisarts. Zij trachten een gezonde levensstijl en zelfmanagement te promoten bij de patiënt via educatie en motivatie. Deze contacten kunnen voor sommige patiënten beter aangepast worden aan hun noden, zoals voor de migrantenpopulatie.

2.6. De 6 dimensies van Hofstede toegepast op België en Turkije

Bij cultuurspecifieke diabetes-educatie wordt er intercultureel gecommuniceerd. Bij communicatie tussen patiënten en zorgverleners uit verschillende culturen is het belangrijk dat zowel de patiënt als de zorgverlener zich aanpassen (14) . De communicatie wordt niet enkel moeilijker gemaakt door een taal-baarière, er is ook een cultuurbarrière. De zorgverlener is zich hier best van bewust. Interessant om deze interculturele verschillen op te merken en aan te pakken zijn de 6 dimensies van Hofstede. Deze Nederlandse organisatiepsycholoog creëerde 6 dimensies die als graadmeter kunnen dienen voor culturele verschillen en die zouden kunnen helpen bij het overbruggen van deze verschillen bij interculturele communicatie. (15, 16)



Afbeelding 2 De 6 dimensies van Hofstede toegepast op België en Turkije. Blauw = België; Paars = Turkije. Bron: https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/

Het is interessant de oefening van Hofstede toe te passen op België en Turkije. Bovenstaande grafiek toont ons enkele opvallende verschillen tussen de beide culturen. De duidelijkste verschillen, de individualistische dimensie en de lange termijn oriëntatie, zullen we uitgebreider bestuderen hieronder. (17)

2.6.1 Dimensies die gelijkaardig zijn tussen Turken en Belgen

De eerste dimensie “power distance” geeft de machtsafstand of ongelijkheid aan tussen individuen in een maatschappij. Bijvoorbeeld tussen man en vrouw, ouder - kind, werkgever - werknemer, … Deze dimensie is gelijkaardig in de Turkse en Belgische cultuur. (15, 16, 17)

De masculiniteit toont de balans aan tussen man en vrouw in de samenleving en hoe de taken verdeeld worden tussen hen. De Belgische en Turkse cultuur zijn hierin vrij gelijkaardig en hebben een cultuur die eerder in balans is wat betreft feminiene en masculiene rollen. (15, 16, 17)

Het cijfer van “uncertainty avoidance” of onzekerheidsvermijding geeft aan wat de angst voor de toekomst is binnen een cultuur. België en Turkije hebben hier beiden een hoog cijfer. Dit geeft aan dat mensen gaag zekerheid hebben, bijvoorbeeld op vlak van werk en sparen. (15, 16, 17)

“Indulgence” of toegeeflijkheid toont aan hoe open een samenleving is voor het genieten en plezier maken. Hoe lager dit cijfer, hoe meer een samenleving strenge sociale normen hanteert. Ook hier zijn Turken en Belgen vrij gelijkaardig. (15, 16, 17)

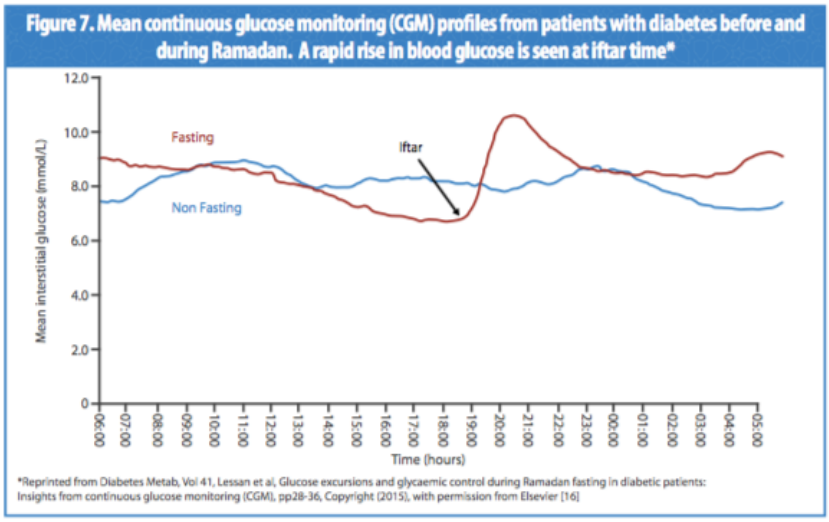
2.6.2 Collectivisme en de Ramadan als voorbeeld

De tweede dimensie toont hoe individualistisch een cultuur is. Hier zien we een duidelijk verschil tussen Turkije en België. België heeft een duidelijk individualistischere cultuur, een dimensie die goed past bij een Westers denkkader. Het individu wordt verwacht meer voor zichzelf op te komen en voor zichzelf te zorgen. Je bent met andere woorden verantwoordelijk voor je eigen gedrag. De communicatie verloopt hier directer, explicieter, verbaler en zakelijker. Je status wordt voornamelijk bepaalt door je prestaties. Voor culturen die hoog scoren in deze dimensie zullen zelfmanagement en zelfzorg bij chronische aandoeningen zoals DM type 2 evidenter zijn.

De Turkse cultuur scoort lager op deze schaal en is eerder collectivistisch ingesteld. Ze hebben een groot groepsbewustzijn met een cultuur die sterk gebaseerd is op normen en gedragsregels. De groep gaat voor het individu en loyaliteit naar de groep, voornamelijk de familie, wordt beloont met loyaliteit. De communicatie verloopt conflictvermijdend, impliciet, indirect en kritiek kan snel persoonlijk worden opgevat. Je status wordt hier minder bepaalt door prestaties, maar door je relaties tot de anderen in de groep. (15, 16, 17)

Een goed voorbeeld van het collectivisme in de Turkse cultuur is de Ramadan. Deze periode van vasten is voor de Turkse moslimgemeenschap een heel belangrijk moment van samenhorigheid, traditie en groepsbeleving. Het is belangrijk aan de Ramadan deel te nemen om het respect van de samenleving te krijgen en je status in de groep te bevestigen. Zo ook voor DM type 2 patiënten. Interessante guidelines over de Ramadan en de invloed voor patiënten met Diabetes Mellitus werden in april 2016 uitgegeven door de International Diabetes Federation in samenwerking met Diabetes and Ramadan International Alliance. Zij duiden de gezondheidsrisico's voor DM type 2 patiënten en geven richtlijnen mee hoe zorgverleners hun patiënten correct kunnen informeren. (18)

Uit de guidelines kunnen we afleiden dat de Ramadan verhoogde risico's inhoudt voor personen met DM type 2 (ook voor DM type 1). Zo hebben patiënten met DM type 2 7,5 keer meer kans op een ernstige hypoglycemie en 5 keer meer kans op een ernstige hyperglycemie dan in de maanden dat er niet gevast wordt.(19) Er werd ook een stijging gezien van het aantal en de ernst van diabetische keto-acidose tijdens de Ramadan in vergelijking met de maanden waarin niet gevast wordt. (20) Een reden voor deze risico-toenames zien we in onderstaande figuur 3. Er wordt een grafiek getoond van met de gemiddelde glycemie waarden van DM type 2 patiënten die continue monitoring krijgen van hun glycemie over 24u. Dit in de maand voor de ramadan en in de maand van de ramadan. Hier is duidelijk te zien is dat de iftar (avondmaal na zonsondergang) grote schommelingen in de glycemie veroorzaakt. Dit bemoeilijkt een adequate glycemiecontrole bij de vastende DM type 2 patiënt tijdens de ramadan. (21)



Afbeelding 3 Invloed van de Iftar op de glycemie tijdens de Ramadan. (18, 21)

Ondanks deze duidelijke toename van de risico's nemen bijna 80% van de moslim met DM type 2 deel aan de Ramadan. (19)

De link met de collectivistische Turkse cultuur zou kunnen zijn dat voor hen het groepsgevoel, de status bekomen door deelname aan de Ramadan zwaarder doorweegt dan de gezondheidsrisico's die hier voor hen persoonlijk aan verbonden zijn. Hier speelt het collectivisme die inherent is aan de Turkse cultuur en gemeenschap waarschijnlijk een grote rol.

2.6.3 De lange termijn oriëntatie

Deze dimensie geeft aan in welke mate een cultuur gericht is op toekomstgericht denken. Een hoge score, zoals voor de Belgische cultuur, geeft aan dat de bevolking veel zal plannen, toekomstgericht denken en sparen. Ze maken zich sneller zorgen. Ze hebben een hoger doorzettingsvermogen en gedrevenheid. Een lagere score, bij de Turkse cultuur, geeft aan dat er eerder op de korte termijn wordt gedacht. De maatschappij is meer gericht op het heden met een belangrijke plaats voor tradities. (15, 16)

Een duidelijk voorbeeld die de link in dit dimensieverschil en DM type 2 kon aantonen werd niet gevonden in de literatuur. Maar de link met DM type 2 kan mogelijks wel gelegd worden met het feit dat het hier een chronische aandoening betreft waarbij goede glycemie controle belangrijk is om complicaties op de lange termijn te vermijden. Misschien zou een cultuur die meer op korte termijn georiënteerd is minder geneigd of gemotiveerd zijn om de lange termijn aanpak, die DM type 2 vraagt, te hanteren. Al blijft dit speculatief en zou het een interessant onderwerp tot onderzoek kunnen zijn.

2.7 Doelstelling van deze thesis

In deze thesis werd geprobeerd een groeps-educatie te voorzien voor de DM type 2 patiënten van 'maison médicale le 35' in Brussel. Deze praktijk heeft een grote concentratie aan Turkstalige patiënten en patiënten met DM type 2.

Een gelijkaardige studie-opzet met individuele diabetes-educatie voor Turkstalige patiënten werd uitgvoerd in de thesis van collega huisarts Haki Demirkapu. Hij toonde aan dat individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting een positief effect had op de kennis van de Turkse diabetes mellitus type 2 patiënt. Op vlak van glycemiecontrole, BMI en bloeddruk werden over het verloop van de studie geen significante verbetering aangetoond. (22)

Voor deze thesis werd gekozen voor groeps-educatie. Dit om een vergelijk te maken met de resultaten van de thesis van collega Haki Demirkapu, om de haalbaarheid en organisatie in de huisartspraktijk te ervaren en om te zien of er een dynamiek en discussie onder deelnemers kon worden aangewakkerd. Steinbekk et Al. toonden al aan dat groeps-educatie werkt (3), nu was het zaak de haalbaarheid in de huisartspraktijk te bestuderen. Indien groeps-educatie haalbaar en werkzaam zou blijken zou de huisarts efficiënter meer mensen kunnen bereiken.

Om de invloed van groeps-educatie op de deelnemers in te schatten werd gekozen om hun kennis te evalueren. Andere eindpunten zoals glycemie, gewicht, buikomtrek, BMI en bloeddruk werden niet weerhouden. Enerzijds wegens tijdgebrek en anderzijds was de termijn voor deze thesis te kort om een effect op 1 van deze indicatoren te verwachten.

De kennis werd getest met een gestandaardiseerde vragenlijst over DM type 2 op maat van de patiënt. Hiervoor werd de Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) gebruikt. Een 24 vragen tellende vragenlijst die betrouwbaar is als tool om de kennis van de patiënt over DM type 2 te testen. (23) Deze vragenlijst is beschikbaar in het Turks en werd ook in deze studie in het Turks gebruikt. De vragenlijst is terug te vinden als bijlage 1.

De onderzoeker liet deze vragenlijsten aan huis invullen en deed tijdens deze huisbezoeken ook een kort vraaggesprek met de deelnemers om meer achtergrondinformatie te bekomen en de resultaten van de DKQ-24 beter te kunnen plaatsen.

De redenen waarom er specifiek gekozen werd voor Turkstalige patiënten is divers. Zo werkte de onderzoeker in een praktijk met een hoge concentratie aan Turkstalige patiënten. Uit de prevalentiestudies bleek dan nog eens dat DM type 2 veel frequenter voorkomt bij de personen met een Turkse roots. (6) Daarnaast bleek uit de masterthesis geneeskunde van Demirkapu H dat de kennis van patiënten met Turkse achtergrond in vergelijking met patiënten met Marrokaanse of Belgische achtergrond in Brussel duidelijk ondermaats was. (24)

3/ METHODE

3.1. literatuuronderzoek

Voor deze thesis werd eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het wetenschappelijk zoekplatform pubmed. Er werd gevarieerd gezocht met de volgende zoektermen: “diabetes mellitus type 2”, “migrant population”, “turkish population”, “epidemiology”, “Belgium”, “European Union”, “ramadan”. De weerhouden artikels werden allen beoordeeld op relevantie.

Verdere informatie werd ook gezocht en gevonden via de websites van huisarts-migrant.nl, pharos.nl en NDF (Nederlands Diabetes Fonds), allen gespecialiseerd in arts - patiënt communicatie bij de migrantenpopulatie.

De standaarden van NHG en Domus Medica werden geraadpleegd voor het bekomen van de informatie betreffende hoofdstuk 2.1 en 2.2.

Informatie over de 6 dimensies werd gevonden uit het boek van Hofstede zelf (15), de toepassing ervan op medische communicatie (16) en via de website van hofstede - insights, waar ook de grafiek besproken in de inleiding werd opgesteld.

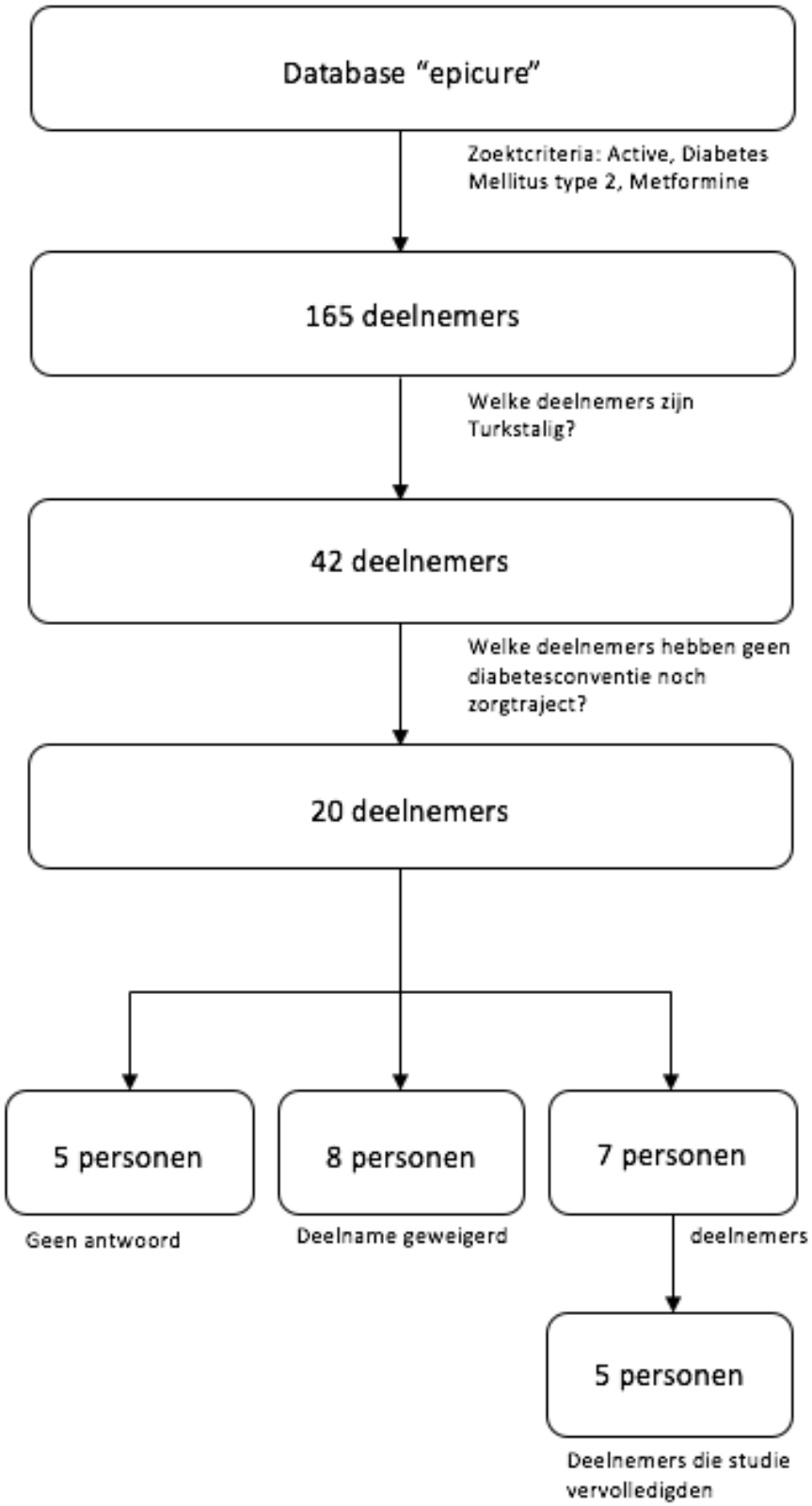
De informatie die daarbij aanvullend werd gegeven over de ramadan kwamen uit de Diabetes and Ramadan Guidelines uitgegeven door het IDF (International Diabetes Federation) in April 2016.

3.2. Recrutering van de deelnemers

De deelnemers voor dit onderzoek komen uit het patiëntenbestand van huisartsenpraktijk “maison médicale le 35” in Brussel. Het is een praktijk met een groot Turkstalig patiëntenbestand. Patiënten werden geïncludeerd vanuit het medisch programma Epicure. Bedoeling was een lijst te maken van de actieve patiënten (op consult gekomen in de afgelopen 2 jaar) met DM type 2, die niet in een zorgtraject zitten. Hiervoor werden de zoektermen: “actief” EN “Diabetes type 2” EN “metformine”. Zo kwamen we op een lijst van 165 patiënten. Samen met een turkstalige arts van de huisartsenpraktijk overliep ik de lijst om Turkstalige patiënten eruit te distilleren. Zo kwamen we op 42 patiënten. Deze overliep ik individueel om te controleren of er geen van hen een zorgtraject of diabetes conventie had. Na deze filter hadden we een totaal van 20 personen.

Patiënten met een zorgtraject werden geëxcludeerd omdat deze patiënten wel in aanmerking komen voor terugbetaalde diabetes-educatie. De meeste van patiënten met een zorgtraject worden behandeld en opgevolgd in de 2^{e} lijn.

De weerhouden 20 personen werden allen telefonisch bereikt in het Turks om de studie uit te leggen en te vragen of ze wouden deelnemen. Bij 5 patiënten nam na herhaalde pogingen niemand op. 8 personen namen liever niet deel. 7 personen wilden wel deelnemen, 5 deelnemers zouden tenslotte alle stappen van de studie doorlopen.



Afbeelding 4 stroomdiagram inclusie deelnemers

3.3 Huisbezoeken met afname vragenlijst en interview

Voor het educatiemoment werd de kennis van de deelnemers getest aan de hand van de DKQ – 24 (Diabetes Knowledge Questionnaire – 24) vragenlijst. Deze vragenlijst omvat 24 gestandardiseerde vragen om te pijlen naar de kennis over DM type 2. Op de vragen konden ze antwoorden met “ja”, “nee” of “ik weet het niet”. Deze lijst werd hen in het Turks aangeboden. De vragen werden hen letterlijk gesteld zoals neergeschreven in de vragenlijst. 3 van de 5 deelnemers waren analfabeet en werden geassisteerd door een familielid die hen de vragen voorlas.

De antwoorden werden verwerkt en opgeslagen in Microsoft Excell. Hiervoor werden de antwoorden gecodeerd. Een “ja” werd 1, “Nee” werd 2 en “ik weet het niet” werd 3.

Hierna volgde een gesprek rond hun ziektebeleving. Er werden 8 thema’s en vragen opgesteld die gebruikt werden als leidraad:

- Kent u nog mensen met DM type 2?
- Praat u met anderen over DM type 2?
- Denkt u voldoende kennis te bezitten over DM type 2?
- Waar haalt u uw informatie?
- Voelt u zich “manager” van uw aandoening?
- Moesten er regelmatig themalessen rond DM type 2 in uw huisartspraktijk zijn, zou u dit dan interesseren?
- Neemt u deel aan de Ramadan?
- Gaat u jaarlijks langdurig naar Turkije in de zomermaanden?

Deze vragen werden niet letterlijk gesteld, maar wel geïntegreerd in het gesprek, zodat elk thema voldoende aan bod kwam.

Aangezien elke deelnemer het Frans, Engels of Nederlands niet voldoende machtig was, werden deze gesprekken telkens vertaald door een familielid of kennis.

Het gesprek werd meteen genoteerd. In een voorgemaakt template op Word met de acht vragen, werden de antwoorden dan meteen onderbracht per thema. Het interview werd verwerkt aan de hand van de protocolanalyse.

3.4. Educatiemoment en 2e huisbezoek

Alle deelnemers werden uitgenodigd op vrijdagnamiddag in “maison médicale le 35” om 14u30 voor het lesmoment. Bij de tweede poging kon de les doorgaan met 5 deelnemers, omdat bij de eerste poging slechts 1 deelnemer kwamen opdagen.

Het lesmateriaal bestaat uit een powerpointpresentatie gebaseerd op het document dat Dr Demirkappu had gebruikt voor zijn masterthesis. Deze presentatie werd dan aangevuld met up-to-date informatie en extra beeldmateriaal afkomstig van https://www.diversiteitindiabetes.nl/pratenplaten-over-diabetes. De powerpointpresentatie was volledig in het Turks met extra aandacht voor de Turkse cultuur. De presentatie bestond uit 24 slides, met een algemene uitleg over de pathofysiologie, epidemiologie en therapie van DM type 2. Er werd wat meer stilgestaan bij de slides ivm de Ramadan, levensstijlfactoren en hypo- en hyperglycemische symptomen.

De slides werden overlopen en besproken door Dr S Turkoz, huisarts van “maison médicale el 35”. De patiënten konden volgen en tijdens de presentatie vragen stellen. Na de presentatie

werd een groepsgesprek gevoerd en werden nog extra vragen gesteld. Deze vragen werden steeds vertaald aan mij door Dr Turkoz.

De volledige sessie duurde in totaal net iets meer dan 2 uur.

Na dit educatiemoment kregen de deelnemers terug een kort huisbezoek met opnieuw de gestandardiseerde vragenlijst DKQ-24 om de evolutie van hun kennis te testen. Dit gebeurde 2 - 3 weken na de deelname aan het lesmoment.

Ook deze resultaten werden verwerkt met Microsoft Excell en de resultaten van beide momenten werden dan met elkaar vergeleken.

4/ RESULTATEN

4.1. Beschrijving van de deelnemers

	GEMIDDELDE	MAXIMUM	MINIMUM
LEEFTIJD	57,1 jaar	63 jaar	49 jaar
HBA1C LAATSTE LABO	6,88%	8,8%	5,9%
GLYCEMIE LAATSTE LABO	131,8 mg/dl	170 mg/dl	96 mg/dl
BMI	35,9	39,8	33,6
GEWICHT	86,3 kg	92 kg	82,5 kg
AANTAL MAANDEN NA DIAGNOSE DM TYPE 2	13,6 maanden	26 maanden	5 maanden

Tabel 1 Parameters deelnemers: gemiddelde over 5 deelnemers, maximum van de 5 deelnemers en minimum van de 5 deelnemers.

De 5 deelnemers waren allen vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 57,1 jaar. De oudste deelnemer was 63 jaar en de jongste 49 jaar oud. Ze hebben gemiddeld reeds 13,6 maanden voor het educatiemoment de diagnose DM type 2 gekregen. Al loopt dit ver uiteen van 5 maanden tot 26 maanden. Alle 5 de deelnemers hadden in de laatste 6 maanden een controle-labo gekregen waarin hun HbA1c werd bepaald. Deze bedroeg gemiddeld 6,88%, met een maximum van 8,8% en een minimum van 5,9%. 3 van de 5 deelnemers hadden een goed gecontroleerde HbA1c indien we de richtlijnen van Domus Medica toepassen.

	OP 5 DEELNEMERS
LABO MET HBA1C IN LAATSTE 6 MAANDEN	5
LAATSTE HBA1C GOED GECONTROLEERD?	3
DIAGNOSE ARTERIËLE HYPERTENSIE	4
DIAGNOSE HYPERLIPIDEMIE	5
ROKER	2
GRIEPVACCIN GEKREGEN DIT JAAR	5
OPVOLGING BIJ DIËTIST LAATSTE 12 MAAND	2
OPVOLGING BIJ PODOLOOG LAATSTE 12 MAAND	1
OPVOLGING OFTALMOLOOG LAATSTE 12 MAAND	1
NEEMT ENKEL METFORMINE VOOR DM TYPE 2	3
NEEMT MEER DAN 1 ANTI-DIABETICUM	2

Tabel 2 Overzicht DM type 2 opvolging deelnemers

Alle 5 de deelnemers hebben overgewicht met een BMI die gemiddeld schommelt rond 35.9 en hebben een hyperlipidemie. 4 van de 5 deelnemers hebben Arterliële Hypertensie. 2 van de 5 deelnemers rookt dagelijks. Wat de opvolging betreft zien we dat slechts 2 deelnemers in de laatste 12 maand een diëtiste bezochten, en slechts 1 deelnemer een oftalmoloog en een podoloog geconsulteerd heeft. 3 van de 5 deelnemers nemen enkel metformine voor de behandeling van DM type 2, de andere 2 deelnemers nemen meer dan 1 anti-diabeticum. Alle deelnemers kregen dat jaar het griepvaccin.

4.2. interviews voorafgaand aan de groepsles

Tijdens de huisbezoeken voorafgaand aan het educatiemoment werd het afnemen van de DKQ-24 gekoppeld aan een gesprek over DM type 2 en wat de aandoening betekent voor hun dagelijkse leven. Hoe deze gesprekken werden verwerkt kunt u lezen in de methodes.

Op de vraag of de deelnemers nog iemand kennen met DM type 2 antwoordden ze allen positief. Bij 4 van hen kwam DM type 2 ook voor in hun familie. Ook gaven 3 van de deelnemers aan dat de meesten die ze kennen vrouwelijk zijn. De deelnemers zelf zijn ook allen vrouwen.

3 van de 5 deelnemers geven aan eigenlijk niet echt met andere mensen te spreken over DM type 2. Als ze het er met iemand over hebben, zijn het meestal met lotgenoten en familie. De andere 2 deelnemers geven aan dit wel nuttig te vinden en er ook soms actief naar op zoek te gaan. Als er dan toch over DM type 2 wordt gesproken zijn gesprekken over voeding het meest voorkomend. Dit voornamelijk omdat het bereiden van voeding een belangrijk deel van hun dagbezigheid is.

Ook over het inschatten van de eigen kennis zijn de resultaten wat verdeeld. 2 op 5 zegt voldoende te weten, 3 op 5 vindt dan weer dat ze niet genoeg kennis over de ziekte hebben. Wat vaak terug kwam bij de deelnemers is dat ze niet goed weten waarover ze nog extra kennis zouden moeten verzamelen. Ze gaven voeding terug aan als een onderwerp waarover

ze wouden bijleren. Zaken zoals preventie (meer bewegen), medische opvolging en pathofysiologie kwamen niet spontaan naar voor.

Alle 5 de kandidaten zeggen dat ze de meeste info opsteken van de huisarts. Daar gaan ze regelmatig langs voor controle en stellen daar hun vragen. Zoals eerder aangegeven in de methode waren 3 van de 5 deelnemers analfabeet en konden dus niet lezen noch schrijven. Dit zorgt ervoor dat hun info-kanalen sterk beperkt worden. 4 van de 5 deelenemers gaven aan dat een belangrijke infobron televisieprogramma's op de Turkse televisie zijn. Dit zijn info-programma's waarop actoren van de Turkse gezondheidszorg hen informatie bieden over DM type 2 en andere chronische aandoeningen. 1 van de deelnemers gaf aan zelf zaken actief op te zoeken op het internet.

Het merendeel van de deelnemers, 4 van de 5, gaf aan zich niet als 'manager' van hun DM type 2 te zien. 3 van de 5 geven aan hun labocontroles belangrijk te vinden, als die goed zijn vinden ze dat ze goed bezig zijn. 4 van de 5 deelnemers zouden geïnteresseerd zijn in het volgen van vrijblijvende educatiemomenten over DM type 2 in hun huisartspraktijk. Wat wel naar voor kwam was het feit dat het voor hen belangrijk was dat deze in het Turks waren. 1 deelnemer gaf aan niet veel tijd te hebben voor dergelijke lessen.

4 van de 5 ondervraagden neemt deel aan de Ramadan. Ze geven aan dat dit heel belangrijk is voor hen. Het maakt een belangrijk deel uit van hun cultuur. Het groepsgebeuren, het samenzijn met familie en het religieuze aspect zijn voor hen drijfveren om deel te nemen. De deelnemers passen hun medicatieschame niet aan, behalve dat ze overdag hun medicatie niet innemen. Dit wordt wel voor dageraad gedaan tijdens de sohor (ochtendmaaltijd) en na zonsondergang tijdens de iftar (avondmaaltijd). Ze gaven allen aan gewoon mee te eten met de rest van de familie en geen apart dieet te volgen. 2 van de deelnemers die de Ramadan volgen gaven aan al eens een hypoglycemie gevoeld te hebben overdag, 1 van hen had dan toch iets genomen van voeding, de andere deelnemer had dan 's avonds een medicatie-

inname overgeslagen als oplossing. Over de invloed van de Ramadan op hun DM type 2 en de risico's hieraan verbonden was er weinig kennis.

Tijdens mijn stage in deze praktijk viel mij op dat het merendeel van de patiënten met Turkse roots voor langere tijd naar Turkije gaan tijdens de zomermaanden. Zo ook 4 van de 5 deelnemers aan de studie. De periode varieert van 2 tot 5 maanden. Dit voornamelijk om bij familie en kennissen te zijn. Voor vertrek komen ze dan allen op consultatie bij de huisarts om hun reis voor te bereiden. Deze voorbereiding bestaat er vnl in voldoende medicatie mee te nemen. Diegene die langduriger in Turkije blijven zien meestal nog een arts in Turkije tussendoor. Eenmaal ze in Turkije zijn, letten ze niet extra op hun voeding of extra beweging waardoor hun glycemie en HbA1c vaak ontregeld zijn bij terugkomst.

4.3. Antwoorden DKQ-24 voor lesmoment

De DKQ – 24 werd persoonlijk bij de deelnemers thuis afgenomen en verwerkt met Microsoft Excell zoals hierboven vermeldt. Hier worden dus de resultaten van de vragenlijst weergegeven voor het educatiemoment. De toelichting van de betekenis van deze resultaten wordt gegeven bij de discussie. TABEL 3 geeft weer hoeveel van de deelnemers correct antwoordden op de vragen. In kolom 1 staat de opsomming van de volgorde van de vragen. In kolom 2 staat aangegeven hoeveel deelnemers de desbetreffende vraag juist hadden voor het lesmoment (PRE). In kolom 3 staat dan weer hoeveel deelnemers een correct antwoord gaven na het lesmoment (POST). In kolom 4 werd dan het verschil berekend van de hoeveelheid correcte antwoorden per vraag na en voor het lesmoment.

De deelnemers scoorden gemiddeld 11.6 op het totaal van 24. De mediaan bedroeg 11 op 24. De hoogste absolute score was 14 op 24 en de laagste score 9 op 24. Percentueel is dit dan

respectievelijk als hoogste score 58,33% en laagste score 37,5%. Het gemiddelde percentage correcte antwoorden is dan 48,33%.

Er waren een aantal vragen waar er 4 of meer kandidaten het antwoord correct konden aangeven: Alle deelnemers wisten het correcte antwoord bij stelling 5 (*Bij onbehandelde diabetes, stijgt meestal het suikergehalte in het bloed*), 6 (*Indien ik diabetes heb, dan hebben mijn kinderen een hogere kans om ook diabetes te ontwikkelen*) en 18 (*De wijze waarop ik mijn voedsel bereid is even belangrijk als het soort voedsel dat ik eet*). Voor stelling 8 (*Een nuchtere glycemie van 210 is te hoog*), 12 (*een te lage suikerspiegel wordt veroorzaakt door teveel voedsel*), 15 (*snijwonden en schaafwonden genezen trager bij een diabetespatiënt*) en 19 (*Diabetes kan mijn nieren beschadigen*) wisten 4 van de 5 deelnemers het correcte antwoord te geven.

Aan de andere kant waren er ook stellingen waar slechts 1 of geen deelnemer het correcte antwoord voor kon geven. Er wist steeds 1 deelnemer het correcte antwoord bij stelling 3 (*Diabetes wordt veroorzaakt door het falen van de nieren om suiker uit de urine te houden*), 17 (*Een persoon met diabetes moet een snijwonde met jodine en alcohol reinigen) en 21 (beven en zweten zijn tekens van hyperglycemie*). Geen enkele deelnemer wist het correcte antwoord bij stelling 7 (*diabetes kan genezen worden*), 13 (*Medicatie is belangrijker dan dieet*) en 22 (*Regelmatig plassen en dorst zijn tekens van een hypoglycemie*).

De effectieve vragenlijst en bijhorende antwoorden kunt u terugvinden in de bijlage. De nummers in kolom 1 van onderstaande tabel komen overeen met de nummering van de vragen in de DKQ-24 vragenlijst. Hoe de deelnemers antwoordden op de vragen wordt verder toegelicht in de discussie.

Vraag	# Correcte antwoorden PRE	# Correcte antwoorden POST	Verschil POST - PRE
1	2	2	0
2	2	4	2
3	1	1	0
4	2	2	0
5	5	4	-1
6	5	5	0
7	0	2	2
8	4	4	0
9	3	2	-1
10	2	3	1
11	2	1	-1
12	4	5	1
13	0	1	1
14	2	3	1
15	4	4	0
16	2	4	2
17	1	1	0
18	5	4	-1
19	4	5	1
20	3	4	1
21	1	3	2
22	0	4	4
23	2	1	-1
24	2	2	0

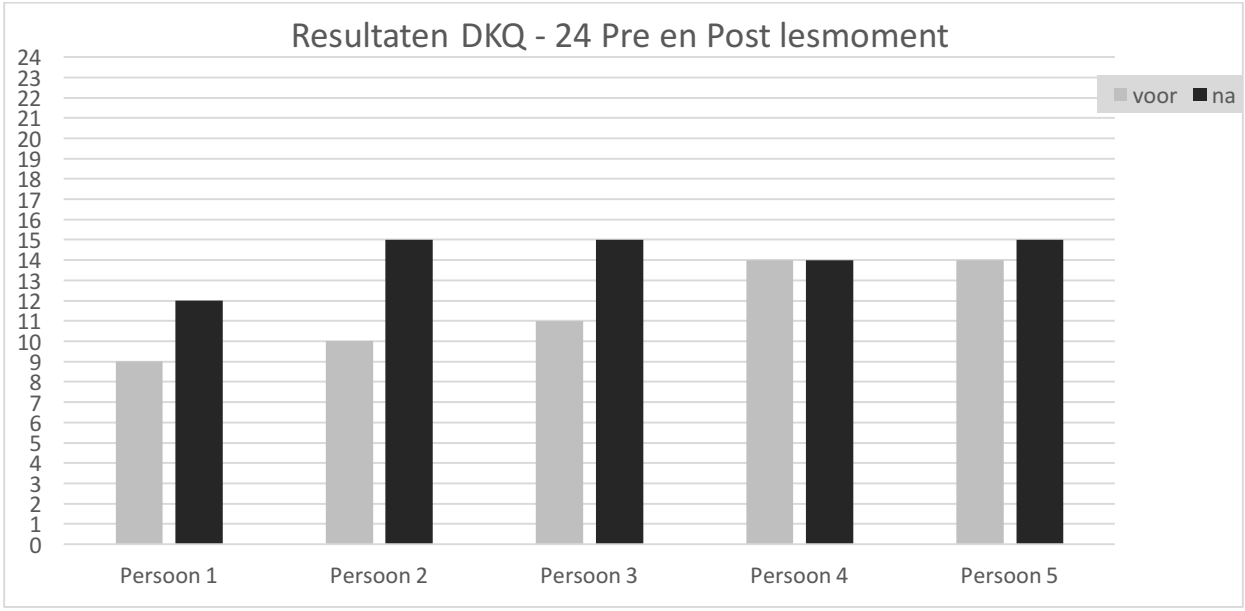
Tabel 3 Resultaten vragenlijst per vraag. 2e kolom geeft aantal correcte antwoorden op 5 deelnerms vòòr het lesmoment, kolom 3 na het lesmoment en kolom 4 toont het verschil tussen kolom 3 en 2

4.4. Antwoorden DKQ-24 na lesmoment

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de DKQ – 24 vragenlijst weergegeven worden die verzameld werden in de 2e week na het lesmoment. Hierdoor kunnen we zien als er eventueel vooruitgang werd geboekt op vlak van kennis.

De resultaten van de deelnemers lagen nu dichter bij elkaar. Het gemiddelde in absolute cijfers was 14.2 op 24, wat overeenkomt met een percentage van 59,17%. 3 van de 5 deelenemers scoorden 15 op 24 waardoor de mediaan 15 is. De scores lopen van minmaal 12 tot maximaal 15, wat overeenkomt met respectievelijk 50% en 62,50%.

Om vast te stellen op welke stellingen er het meeste vooruitgang werd geboekt werd het verschil berekend per vraag tussen Pre-lesmoment en Post-lesmoment. Hierbij zien we voornamelijk een toename van correcte antwoorden bij stelling 21 (*Beven en zweten zijn tekens van hyperglycemie*) en 22 (*Regelmatig plassen en dorst zijn tekens van hypoglycemie*) met respectievelijk 2 en 4 meer correcte antwoorden



Afbeelding 5**: aantal correcte antwoorden per persoon voor en na het lesmoment.**

4.5. Het educatie-moment en de presentatie

De powerpointpresentatie werd, zoals eerder aangegeven, gepresenteerd door huisarst Dr Turkoz in het Turks. De deelnemers werden aangemoedigd om tijdens en na de presentatie vragen te stellen en opmerkingen te geven.

Tijdens de presentatie begonnen de deelnemers ook met elkaar te praten en ervaringen uit te wisselen. De thema's waar het meeste respons op kwam waren voornamelijk gerelateerd aan voeding, de Ramadan en de symptomen van hypo - en hyperglycemie.

Bij het onderwerp voeding kwam voornamelijk de vraag naar voor waar er wel en geen suiker in zat. Ze gaven aan dat ze geen suiker meer toevoegen aan hun gerechten, maar Dr Turkoze gaf aan dat ze niet goed begrepen dat in andere voedingsbestanddelen ook heel wat suikers zitten.

Wat betreft de Ramadan gaven ze aan bijna allemaal deel te nemen. Er werden voornamelijk ervaringen uitgewisseld, zo waren er 2 deelnemers die al eens een hypoglycemie ervaarden. Over de risico's van de ramadan voor DM type 2 patiënten werden geen vragen gesteld, deze werden wel toegelicht in de presentatie.

5/ DISCUSSIE

Er namen 5 personen deel aan deze studie. Deze deelnemers werden op voorhand bestudeerd wat betreft parameters en opvolging. Daarbij zagen we dat bij 3 van de 5 deelnemers een HbA1c binnen de normaalwaarden aangeraden door Domus Medica hadden. Opvolging in de 2^{e} lijn bij diëtist, podoloog of oftalmoloog was daarentegen ruim onvoldoende.

Na het bestuderen van de resultaten kunnen we stellen dat de kennis van de deelnemers over DM type 2 ondermaats is. 3 van de 5 deelnemers halen geen 50% op de DKQ - 24 voor het lesmoment. Gemiddeld scoorden de deelnemers minder dan de helft van de vragen correct. Dat de kennis ondermaats was gaven de deelnemers al aan in het voorafgaande interview. Waarbij 3 op 5 aangaf niet genoeg te weten over DM type 2, maar ze gaven ook aan niet te weten op welke vlakken hun kennis verbeterd kon worden.

Als we de resultaten wat meer in detail bestuderen zien we dat er vragen zijn waarop de deelnemers opvallend goed scoorden en ook vragen waarop ze opvallend minder scoorden.

Wat betreft de getalwaarden en betekenis van glycemie is er voldoende kennis. De deelnemers kennen de correcte waarden van een goede glycemie en dat deze stijgt indien niet goed behandeld. (vragen 5 en 8)

Ze zijn echter niet zo goed op de hoogte van enkele basisprincipes in de behandeling van DM type 2. Zo dachten ze allen dat DM type 2 kan genezen worden (vraag 7) en dat het belangrijkste onderdeel van de behandeling de antidiabetische medicatie is (vraag 13), belangrijker dan een goede voeding en meer bewegen. Dit is niet conform de literatuur en richtlijnen die we eerder in de inleiding bespraken.

Tijdens het voorafgaande interview en het lesmoment viel op dat heel vaak werd gewezen naar voeding. Waarschijnlijk is dit te verklaren door het feit dat Turkse vrouwen vaak instaan voor het huishouden en dus ook het bereiden van gerechten. Andere belangrijke niet-

medicamenteuze maatregelen zoals meer bewegen en sporten kwamen niet spontaan aan bod tijdens de interviews, noch in de vragen tijdens het lesmoment. De deelnemers zijn zo niet voldoende op de hoogte van hoe ze hun levensstijl moeten aanpassen aan hun aandoening.

De deelnemers gaven over het algemeen aan zich geen “manager” van hun eigen aandoening te voelen. Dit voornamelijk omdat ze over weinig informatie beschikken, niet weten wat ze nog zouden moeten weten en ook niet goed kunnen inschatten wat goede bronnen zijn. Ze vertrouwen hiervoor voornamelijk op de huisarts en Turkse televisieprogramma’s. Gezien de resultaten van de DKQ - 24 kunnen we wel stellen dat de informatie die hen aangeboden wordt door hulpverleners onvoldoende is of onvoldoende wordt opgenomen.

We konden ook opmerken dat op vraag 21 en 22, die de symptomen van een hyper - en hyupoglycemie bespraken, geen correcte antwoorden werden gegeven. Er werd tijdens het lesmoment dan ook extra aandacht aan besteed. Dat resulteerde in een opmerkelijke verbetering qua kennis op dit onderwerp. Dit is info die vaak niet door meer mainstream info-kanalen wordt verspreid, zoals de televisieprogramma’s, waardoor het de DM type 2 patiënten soms moeilijker bereikt. Dit toont aan dat met goed gerichte educatie winst geboekt kan worden bij belangrijke onderwerpen die anders onderbelicht blijven.

De vooruitgang op vlak van kennis voor en na het lesmoment was verder over het algemeen wel aanwezig, maar eerder beperkt. We kunnen niet zeggen dat de deelnemers nu experten zijn in hun eigen ziekte. Meer lessen over meer onderwerpen zullen nodig zijn om voldoende kennis op te bouwen.

4 van de 5 deelnemers vasten en vieren de Ramadan en 4 van de 5 deelnemers gingen voor meerder maanden naar Turkije tijdens de zomermaanden. Beiden zijn nefast voor de controle, opvolging, goede glycemiecontrole en behandeling van hun DM type 2. Ze geven allen aan naar de huisarts te gaan voor vertrek of voor Ramadan, maar ze blijken zich toch onzeker te voelen over hoe ze deze periodes nu eigenlijk moeten aanpakken. De patiënten weten dat hun glycemie-waarden in deze periodes niet goed onder controle zijn, maar ze kunnen de risico’s

niet goed inschatten. Ze prefereren het groepsgebeuren van de Ramadan boven de individuele gezondheidswinst als ze niet deelnemen. Het is belangrijk als zrogverlener om deze risico's goed aan de patiënt te communiceren en overlopen.

De Ramadan en het overbruggen van de zomermaanden in Turkije bleken ook moeilijkheden in het organiseren van deze studie. Een studie-opzet met meer langdurige opvolging en bredere timing had de voorkeur genoten, maar was moeilijk te organiseren.

6/ CONCLUSIE

6.1. De cultuurspecifieke groepsles

In deze thesis werd een cultuurspecifieke groepsles aangeboden binnen de setting van een huisartspraktijk aan Turkstalige patiënten met DM type 2. De kennis voor de groepsles was gemiddeld ondermaats en is beperkt toegenomen na de groepsles. De studie had echter niet genoeg power om een significante toename in kennis via groepslessen aan te tonen, aangezien er slechts 5 deelnemers waren. Om het effect van cultuurspecieke groepslessen bij de Turkstalige patiëntenpopulatie te onderzoeken zijn meer tijd, meer deelnemers en ook meer gevarieerde lessen nodig.

De deelnemers gaven meermaals aan dat ze niet goed konden inschatten over welke onderwerpen ze nog extra informatie moesten opzoeken of vragen. Hierin speelt de hulpverlener een belangrijke rol om de info acitef aan de patiënt aan te reiken. Ideaal zou zijn als de hulpverlener dan ook rekening houdt met de levensomstandigheden en cultuur van de patiënt, bijvoorbeeld bij de Ramadan.

Het organiseren van cultuurspecifieke diabeteseducatie is wel mogelijk in de huisartspraktijk en is leerrijk voor zowel de patiënt als de zorgverlener. Het zet de zorgverlener aan zich te verdiepen in de leefwereld van de patiënt. Een interessante tool om intercultureel te leren communiceren zijn de 6 dimensies van Hofstede die besproken werden in de inleiding. Het lesmoment gaf een andere dynamiek en de deelnemers gingen meer met elkaar en de lesgever in gesprek.

6.2. Drempels ervaren tijdens deze thesis

Voor het organiseren van de groepslessen tijdens deze thesis werden enkel drempels ervaren. Zo moet er rekening gehouden worden met de timing van de Ramadan (viel in mei - juni tijdens dit onderzoek) en het vertrek in de zomer naar Turkije (juni - oktober).

Het lesmoment kon pas bij de 2e poging doorgaan vanwege te weinig opgedaagde deelnemers en ook bij de huisbezoeken waren de deelnemers vaak niet op de afspraak. Een duidelijke reden werd hier niet voor gevonden.

Daarnaast veranderde de schrijver van deze thesis voor het 2e jaar van zijn opleiding van opleidingspraktijk, hetgeen de organisatie van de lessen moeilijk maakte.

6.3. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Cultuurspecifieke diabeteseducatie is een boeiend onderwerp voor thesis of onderzoek. Al zouden onderzoeken met meerdere lessen over verschillende onderwerpen het meest power bevatten, de onderzoeker kan er veel persoonlijke winst uit halen.

Meer gericht onderzoek naar de kennis van de patiënt met DM type 2 over de Ramadan en de risico's die hiermee gepaard gaan is ook nodig. Zo kan ook hierover aangepaste educatie worden aangeboden.

7/ BIBLIOGRAFIE

1. NHG standaarden Diabetes Mellitus type 2, Nederlands Huisartsen Genootschap, laatste herziening september 2018: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2-derde-herziening#idm4558992

2. Domus medica richtlijnen Diabetes Mellitus type 2, publicatie oktober 2015: https://domusmedica.be/richtlijnen/diabetes-mellitus-type-2

3. STEINSBEKK A., RYGG L., LISULO M, RISE MB, FRETHEIM A; Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2012 Jul 23

4. Deakin T[1], McShane CE, Cade JE, Williams RD; Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005 April 18

5. Attridge M[1], Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K; Culturally appropiate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2014 Sept 4

6. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 8th edn.* Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. http://www.diabetesatlas.org

7. Vandenheede H, Deboosere P; Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin; Archives of Public HealthThe official journal of the Belgian Public Health Association200967:62; https://doi.org/10.1186/0778-7367-67-2-62

8. Vandenheede, H., Deboosere, P., Stirbu, I. et al; Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change; Eur J Epidemiol (2012) 27: 109. https://doi.org/10.1007/s10654-011-9638-6

9. Pharos.nl, Factsheet Diabetes en zelfmanagement, maart 2015

10. https://www.huisarts-migrant.nl/diabetes-mellitus

11. Ujčič-Voortman J. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Eur J Pub Health. 2009;19:*511-515

12. Lanting LC, Joung IMA, Vogel I, Bootsma AH, Lamberts SWH, Mackenbach JP. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behaviour. *Patient Educ Couns. 2008;72:*146-154

13. Bart Peeters, Inge Van Tongelen, Zehra Duran, Gülhan Yüksel, Els Mehuys, Sara Willems, Jean Paul Remon & Koen Boussery (2015) Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study, Ethnicity & Health, 20:1, 87-105, DOI: 10.1080/13557858.2014.890174

14. Suurmond J, Seeleman C, Stronks K, Essink-Bot M-L. *Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk*. Hoofdstuk 7: Een Turkse vrouw met diabetes (pg82-88). Bohn Stafleu van Loghum, 3 nov 2015 - 220 pagina's

15. Hofstede, Geert H. *Allemaal Andersdenkenden: Omgaan Met Cultuurverschillen.* Geheel vernieuwde ed., 26ste druk Amsterdam ; publ 2008

16. Meeuwesen L., Brink-Muinen A van den, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? Patient Educ Couns 2009;

17. https://www.hofstede-insights.com

18. Hassanein M, Al - Arouj M et Al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines. IDF in collaboration with the Diabetes and Ramadan International Alliance. Published April 2016.

19. Salti I, Benard E, Detournay B, *et al*. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care* 2004;27:2306-11.

20. Al-Arouj M, Bouguerra R, Buse J, *et al*. Recommendations for management of diabetes during Ramadan. *Diabetes Care* 2005;28:2305-11.

21. Lessan N, Hannoun Z, Hasan H, Barakat MT; Glucose excursion and glycaemic control during Ramadan fasting in diabetic patients: insights from continuous glucose monitaring (CGM). Diabetes Metab. 2015 Feb 4. Pg 28 - 36.

22. Demirkapu H; De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting op de diabetesregulatie bij Turkse diabetes type 2 patiënten. Masterthesis ikv opleiding huisartsgeneeskunde 2011 - 2012.

23. Alexandra A. Garcia RN, Evangeline T Villagomez et Al. The starr county Diabetes education study. Diabetes Care 2001 Jan; 24(1): 16-21

24. Demirkapu H, Vergelijkende studie betreffende ziektekennis van de Turkse met Marokkaanse en Belgische diabetes type 2 patiënten. Masterthsis ikv opleiding geneeskunde VUB

8/ Bijlagen

8.1 Goedgekeurd Protocol

ONDERZOEKSPROTOCOL

1. ONDERZOEKSPROJECT

DE INVLOED VAN EEN PRAKTIJKINTERVENTIE IN DE VORM VAN EEN CULTUREEL AANGEPASTE DIABETES MELLITUS TYPE II INFOSESSIE VOOR DE TURKSTALIGE PATIËNTEN IN EEN BRUSSELSE HUISARTSENPRAKTIJK.

2. INLEIDING

DIABETES MELLITUS TYPE 2 IS EEN CHRONISCHE AANDOENING DIE AAN EEN OPMARS BEZIG IS. PATIËNTEN MET DM TYPE 2 MOETEN STRIKT BEHANDELD EN CORRECT OPGEVOLGD WORDEN OM ZO COMPLICATIES TE VERMIJDEN. COMPLICATIES ZIJN OA DIABETISCHE NEFROPATHIE, DIABETSICHE RETINOPATHIE, VERHOOGD RISICO OP CARDIOVASCULAIRE EVENTS, VERTRAAGDE WONDHELING EN POLYNEUROPATHIE. EEN DUIDELIJK BEHANDELPLAN MET DIEETMAATREGELEN, MEER LICHAAMSBEWEGING, GOEDE GLYCEMIE CONTROLE, MEDICAMENTEUZE THERAPIE EN REGELMATIG BEZOEK AAN ENDOCRINOLOOG, OPHTALMOLOOG EN PODOLOOG ZIJN HIERBIJ CRUCIAAL. PATIËNTEN MET DE DIAGNOSE DM TYPE 2 WORDEN HIERIN MEESTAL BEGELEID EN GESTUURD DOOR HUN HUISARTS. EEN GOEDE COMMUNICATIE TUSSEN PATIËNT EN HUISARTS IS DUS VAN CRUCIAAL BELANG.

DE PREVALENTIE VAN DIABETES MELLITUS TYPE 2 LIGT HOGER BIJ DE TURKSE MIGRANTEN POPULATIE DAN BIJ DE VAN OORSPRONG BELGISCHE POPULATIE.(1) DE ANALYSE VAN VANDENHEEDE H EN DEBOOSERE P TOONT AAN DAT DE PREVALENTIE BIJ MANNEN TUSSEN 35 EN 74 JAAR 5,0% IS VOOR IN DE POPULATIE MET BELGISCHE ORIGINE IN VERGELIJKING MET 5,8% BIJ DE POPULATIE VAN TURKSE ORIGINE. BIJ VROUWEN IS DIT VERSCHIL NOG GROTER EN ZIEN WE EEN PREVALENTIE VAN RESPECTIEVELIJK 4,3% TOV 18,7%. BIJ BEIDEN ZOUDEN VERSCHILLENDE LEVENSSTIJLFACTOREN AAN DE BASIS LIGGEN, MAAR OOK EEN MOGELIJKS LAGER OPLEIDINGSNIVEAU EN/OF GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN.

DAT ER EEN TEKORT IS AAN BASISKENNIS WAT BETREFT ZIEKTE-INZICHT BIJ DE TURKSE PATIËNTEN TOONDE DEMIRKAPU H. AAN IN ZIJN MASTERTHESIS VAN 2012. (2) HIERAAN GEKOPPELD DEED HIJ ONDERZOEK NAAR DE IMPACT VAN EEN INDIVIDUELE, CULTUREEL AANGEPASTE INFOSESSIE OP DE ZIEKTEKENNIS EN KLINISCHE MEETWAARDEN. DAT EEN CULTUREEL AANGEPASTE GEZONDHEIDSVOORLICHTING OVER DIABETES MELLITUS TYPE 2 BIJ ETNISCHE MINDERHEDEN EEN POSITIEF EFFECT KAN HEBBEN OP DE ZIEKTEKENNIS EN HBA1C WAARDEN WERD BEWEZEN IN EEN STUDIE VAN HAWTHORNE K. ET AL. (3)

IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK MERKTE IK OP DAT PATIËNTEN VRAGEN HEBBEN WAARUIT BLIJKT DAT ZE DE ZIEKTE EN DE GEVOLGEN NIET GOED BEGRIJPEN. ZE ZIJN NIET ALTIJD VOLDOENDE COMPLIANT EN WETEN NIET WAT EEN GOEDE OPVOLGING VAN HUN CHRONISCHE ZIEKTE INHOUDT. VERSCHILLEN IN CULTUUR EN TAAL KUNNEN HIERBIJ ZOWEL VOOR DE PATIËNT ALS DE ARTS EEN BELEMMERING ZIJN TOT EEN GOEDE SAMENWERKING EN CORRECTE AANPAK.

IN DEZE STUDIE ZULLEN WE HET ONDERZOEK GEVOERD DOOR DEMIRKAPU H VOLGEN. ECHTER, PROBEREN WE DEZE KEER EEN GROTERE POPULATIE TE BEREIKEN EN WILLEN WE ONDERZOEKEN OF INFOSESSIES IN GROEP EEN EVEN GROOT EFFECT HEBBEN. DIT ZOU DAN, INDIEN VOLDOENDE BEWEZEN EFFECT, GEMAKKELIJKER GEÏMPLEMENTEERD KUNNEN WORDEN IN DE PRAKTIJK TEN OPZICHTE VAN EEN INDIVIDUEEL PROGRAMMA. DEZE STUDIE IS OOK EEN TRY-OUT OM AAN TE VOELEN HOE MEN DERGELIJKE INFOSESSIES VLOT KAN ORGANISEREN EN KAN LATEN VERLOPEN IN DE PRAKTIJK EN IN SAMENWERKING MET ANDERE DISCIPLINES ZOALS BIJVOORBEELD EEN DIABETESEDUCATOR.

3. ONDERZOEKSVRAAG

KUNNEN WE VOOR HET ZIEKTE-INZICHT VAN DE TURKSTALIGE DIABETES MELLITUS PATIËNTEN IN ONZE PRAKTIJK VERBETEREN MET BEHULP VAN EEN CULTUREEL AANGEPASTE INFOSESSIE EN AANGEPAST INFORMATIEMATERIAAL? LEIDT EEN VERBETERD ZIEKTE-INZICH OOK EEN VERBETERING LEIDEN VAN DE HBA1C, HET GEWICHT, DE BMI, DE ABDOMINALE OMTREK EN BLOEDDRUK BIJ DEZE PATIËNTEN?

4. STUDIEOPZET

IN DE PRAKTIJK WORDEN DE RICHTLIJNEN VAN DOMUS MEDICA GEVOLGD BETREFFENDE EEN GOEDE OPVOLGING VAN DE DIABETES MELLITUS PATIËNT. DE PATIËNTEN WORDEN 3 MAANDELIJKS OP CONSULTATIE GEZIEN, HIERBIJ WORDT DAN EEN LABO VERRICHT TENEINDE DE HBA1C EN GLYCEMIE OP TE VOLGEN EN DAN EVENTUEEL NODIG DE THERAPIE BIJ TE STUREN WAAR NODIG.

DE PRAKTIJK WAAR IK NU HAIO BEN DEDEN ZE IN 02/2017 EEN VOORSTUDIE OM HET AANTAL DIABETESPATIËNTEN EN HUN OPVOLGING NAAR DE RICHTLIJNEN IN TE SCHATTEN. HIERBIJ WERDEN OP SOMMIGE VLAKKEN, ZOALS PODOLOGSICHE OPVOLGING, HIATEN ONTDEKT. HIERUIT BLIJKT DE INTERESSE EN DE NOOD IN DE PRAKTIJK VOOR EEN PAITIENT INFORMEREND PROJECT.

DE PATIËNTEN DIE GEÏNCLUDEERD KUNNEN WORDEN IN DEZE STUDIE (ZIE INFRA: INCLUSIECRITERIA) ZULLEN WORDEN AANGESPROKEN WORDEN OM DEEL TE NEMEN AAN DE STUDIE EN INFOSESSIE INDIEN ZE OP CONSULT

komen. Anderen kunnen via het GSM-nummer gecontacteerd worden.

Deze patiënten worden dan uitgenodigd op een infosessie over Diabetes mellitus type 2, waarbij voorafgaand een vragenlijst afgenomen zal worden in de Turkse taal (zie bijlage 1). Deze vragenlijst gebruikte Demirkapu H. ook in zijn masterthesis van 2012. Deze vragenlijsten werden vertaald uit 'The starr country diabetes education study, development of the spanish-language diabetes knowledge questionnaire diabetes care 24:16-21, 2001. via de forward/backward methode.

De Vragenlijst bestaat uit 24 stellingen over diabetes mellitus type 2. De patiënt antwoordt met "ja, neen of ik weet het niet". Deze vragenlijst wordt schriftelijk en anoniem afgenomen worden. Deze vragenlijst is internationaal aanvaard als tool om diabetes zelfmanagement en educatie te testen. Het antwoord "ik weet het niet" zal als foutief worden aangenomen in de statistische berekeningen.

Hierna zal dan met behulp van Dr Turkoz, turks-talige huisarts, en een lokale turks-talige diabeteseducator een infosessie worden gegeven van ongeveer een halfuur. Dit aan de hand van Turks lesmateriaal onder de vorm van een powerpointpresentatie, cursusmateriaal en video. Allen aangepast aan de Turkse taal en cultuur. Er zal tijd vrijgemaakt worden om vragen te stellen indien gewenst. Achteraf wordt ook een folder meegegeven aan de deelnemers.

De patiënten die wensen deel te nemen aan de studie zullen dan drie maanden later uitgenodigd worden om dezelfde vragenlijst nogmaals in te vullen onder begeleiding. Beide scores zullen dan vergeleken worden. We hopen en verwachten dan een toename te zien in het ziekte-inzicht van de patiënten.

Retrospectief zal, voor de patiënten die deelnamen aan de infosessie, genoteerd en bestudeerd worden in hoeverre de opvolging correct verliep.

De resultaten van de vragenlijsten en andere klinische gegevens zoals HbA1c, bloeddruk, abdominale omtrek, gewicht en BMI zullen in SPSS ingevoerd worden. Om de statistische verschillen tussen de continue variabelen aan te tonen zal dan gebruik gemaakt worden van de T-test. De univariate variabelen worden dan via de chi^2 test worden uitgevoerd met een 95% BI interval.

Voor de timing van de meetmomenten en de infosessie zal rekening gehouden worden met de ramadan (begint op 15 mei 2018 en strekt zich uit tot in Juni) en het feit dat de oudere Turkse populatie graag de zomermaanden tot eind september doorbrengen in hun thuisland. Dit om de resultaten zo min mogelijk te beïnvloeden. Hierdoor dachten we te beginnen rond eind oktober 2018 met de eerste infosessie.

5. Inclusiecriteria

De patiënten worden opgezocht via het medisch dossierprogramma "epicure" die in onze praktijk wordt gebruikt. Hierbij zal gezocht worden op:

- diagnose: 'diabetes mellitus type 2'
- Labowaarde: 'HbA1C > 6,5%', 'nuchtere glycemie > 126 mg/dl'
- Medicatie: 'metformine' 'glucophage' 'metformax'

De patiënten moeten 'actief' zijn, d.w.z. minstens 1 maal op consultatie gekomen zijn in de afgelopen 2 jaar. Ze moeten ook al 1 jaar of langer de diagnose 'diabetes mellitus type 2' gekregen hebben.

Vanuit deze lijst van patiënten zullen dan, in samenspraak met Dr Turkoz, de turks-talige patiënten geselecteerd worden. Met turks-talig wordt bedoeld: turks als moedertaal gebruikend.

6. Exclusiecriteria

Van bovenstaande patiënten worden volgende patiënten geëxcludeerd:

- Patiënten binnen de conventie diabetes
- Patiënten die voornamelijk opgevolgd worden door de endocrinoloog
- Patiënten die niet deelnamen aan beide sessies

7. Evaluatiecriteria

De evaluatie van de kennis is gebaseerd op de score op de vragenlijsten voor en na de informatiesessie.

8. Rekrutering

Via reeds voorgaand vermelde zoektermen worden de patiënten opgezocht via het dossierprogramma "epicure" waar de praktijk mee werkt. Uit deze populatie worden dan de patiënten geselecteerd die Turks als moedertaal hebben.

Bij deze patiënten zal een pop-up worden aangemaakt die zal verschijnen bij het openen van het dossier indien er patiëntencontact is. Dan kan de arts persoonlijk inlichtingen meegeven en de patiënt vragen om deel te nemen aan de studie.

De patiënten worden dan nog eens in 2e tijd, rond begin oktober, gevraagd deel te nemen aan de infosessie via hun telefoonnummer indien ze geïnteresseerd zijn.

9. Ethsiche en denontologische aspecten

Tijdens het volledige verloop van de studie wordt de integriteit van de patiënt gevrijwaard. Het beroepsgeheim en anonimiteit van dossier – en vragenlijstgegevens wordt gegarandeerd. Het verloop van de studie zal ook geen nefaste gevolgen hebben voor de behandeling en opvolging van de patiënt.

Om deel te nemen aan het onderzoek zal voorafgaand gevraagd worden aan de patiënten om een toestemmingsformulier te ondertekenen.

10. Analyse en resultaten

De resultaten van de vragenlijsten en andere klinische gegevens zoals HbA1c, bloeddruk, abdominale omtrek, gewicht en BMI zullen in SPSS ingevoerd worden. Om de statistische verschillen tussen de continue variabelen aan te tonen zal dan gebruik gemaakt worden van de T-test. De univariate variabelen worden dan via de chi^2 test worden uitgevoerd met een 95% BI interval.

11. Discussie

Na de infosessie zullen we kunnen zien of de aanpak met een cultuursensitieve groeps-infosessie in onze praktijk een positief effect had op het ziekte-inzicht bij diabetes mallitus type 2 patiënten die Turks-talig zijn. Er zal ook onderzocht worden of er een daling van HbA1c en andere parameters zoals bloeddruk, BMI, buikomtrek en gewicht plaats gevonden heeft.

12. Verwachte resultaten

Van deze praktijkinterventie wordt verwacht dat ze een positief effect zal hebben op het ziekte-inzicht van de turkssprekende diabetes mellitus type 2 patiënt van onze praktijk.

Ook wat betreft de andere klinische waarden hopen we een positief effect te kunnen waarnemen.

13. Referenties

1. Vandenheede H, De Boosere P; Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin; Archives of Public HealthThe official journal of the Belgian Public Health Association200967:62; Published: 18 November 2009; https://doi.org/10.1186/0778-7367-67-2-62©
2. Demirkapu H, Devroey D; De invloed van individuele cultureel aangepaste diabetesvoorlichting in het Turks op de diabetesregulatie bij Turkse type 2 diabetici
3. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AGK. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups (review). The cochrane library 2009, issue1

8.2. Goedkeuring Ethisch Comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Dr. Stéphanie DE MAESSCHALCK
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0468	12-jul-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De invloed van cultuursensitieve diabetesvoorlichting bij Turkstalige patiënten in een Brusselse huisartsenpraktijk (MaNaMa Willem Delrue)

Belgisch Registratienummer: B670201836571

Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers via mail dr. W. Delrue dd. 18/05/2018 op opmerkingen EC dd. 21/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 17/05/2018
* Toestemmingsformulier dd. 17/05/2018 voor de deelnemer en de uitvoerende onderzoeker (versie 2) - N. en Turkse versie
* Informatieformulier dd. 17/05/2018 voor de patiënt (versie 2) - N. en Turkse versie
* Vragenlijsten dd. 17/05/2018: 24-item diabetes knowledge questionnaire and correct response (versie 2)

Advies werd gevraagd door: Dr. S. DE MAESSCHALCK ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 10/07/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/07/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 10/07/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/07/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/08/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/08/2018

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0468	12-jul-18	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. S. DE MAESSCHALCK - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

8.1 24-ITEM DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE AND CORRECT RESPONSES

1. اكل الكثير من السكر والحلوي يسبب مرض السكر.

Eating too much sugar and other sweet foods is a cause of diabetes.

Çok fazla şeker ve şekerli gida tüketimi şeker hastaliğina neden olur.

Het teveel eten van suiker en andere zoetigheden is een oorzaak van diabetes.

Manger beaucoup de sucre et d'autres sucreries est une cause de diabète.

2. السبب الرئيسي لمرض السكر هو نقص الانسولين الفعال فى الجسم.

The usual cause of diabetes is lack of effective insulin in the body.

Şeker hastalığının yaygın nedeni vücutta etkin insülin etkisizliği.

Gewoonlijk is de oorzaak van diabetes een gebrek aan efficiënte insuline in het lichaam.

La cause habituelle de diabète est une manque d'insuline efficace dans le corps.

3. مرض السكر يحدث بسبب عدم قدره الكلي على حفظ السكر وعدم ظهوره فى البول.

Diabetes is caused by failure of the kidneys to keep sugar out of the urine.

Şeker hastaliği, böbreklerin kan şekerini idrara karıştırmama görevini yapamamasından kaynaklanır.

Diabetes wordt veroorzaakt door het falen van de nieren om suiker uit de urine te houden.

La cause de diabète est la defaillance renale qui consiste a garder le sucre hors des urine.

4. الكلى تصنع الانسولين

Kidneys produce insulin.

Böbrekler insülin üretir.

De nieren produceren insuline.

Les reins produisent de l’insuline.

5. فى حاله مرض السكر غير المعالج تزداد عاده كميه السكر فى الدم

In untreated diabetes, the amount of sugar in the blood usually increases.

Tedavi edilmemiş şeker hastaliğinda, kandaki şeker miktari genellikle artar.

Bij onbehandelde diabetes, stijgt meestal het suikergehalte in het bloed.

Quand on a un diabète non-traité, le taux de sucre sanguin augmente.

6. اذا كنت مريض سكر, سيصبح اولادى اكثر عرضه للاصابه بمرض السكر

If I am diabetic, my children have a higher chance of being diabetic.

Şeker hastaliği olan insanlarin çocuklari şeker hastaliğa yakalanma riskleri daha yüksekdir.

Indien ik diabetes heb, dan hebben mijn kinderen een hogere kans om ook diabetes te ontwikkelen.

Si j’ ai le diabète, mes enfants auront plus de changes de développer un diabète.

7. يمكن الشفاء نهائيا من مرض السكر

Diabetes can be cured.

Şeker hastaliği tedavi edilebilir.

Diabetes kan genezen worden.

Le diabète peut etre guerrit.

8. مستوي مرتفع جدا**210**يعتبر ان مستوى السكر فى الدم

A fasting blood sugar level of 210 is too high.

210 açlık şekeri çok yükseltir.

Een nuchter suikergehalte in het bloed van 210 is te hoog.

Un taux de sucre sanguin à jeun de 210 est trop elevé

9. افضل طريقه لمعرفه حاله مرض السكر هى قياس السكر فى البول

The best way to check my diabetes is by testing my urine.

Şeker hastalığını öğrenmek için en iyi yöntem idrar testi yapmaktır.

De beste manier om mijn diabetes te controleren is door mijn urine te testen.

Le meilleur facon de controler mon diabète est de tester mon urine.

10. ممارسه الرياضه باستمرار يزيد الاحتياج الي الانسولين وادويه مرض السكر الاخرى

Regular exercise will increase the need for insulin or other diabetic medication.

Düzenli egzersiz insulin veya diger diabetik ilaç alimi gereksinimini arttirir.

Regelmatige lichaamsoefeningen zullen de nood aan insuline en andere diabetesmedicatie doen stijgen.

Des exercices physiques réguliers vont augmenter le besoin de l'insuline ou d'autres medicament antidiabetiques.

11. صفه : هناك نوعان من مرض السكر **1** و صفه (اعتمادى الانسولين) (اعتمادى الانسولين**2** (غير **)**

There are two main types of diabetes: type 1 (insulin-dependent) and type 2 (non-insulin dependent).

Insülin bağimli (tip-1) ve insülin bağimsiz(tip-2) olmak üzere 2 ana şeker hastalığı tipi vardir.

Er zijn twee grote vormen van diabetes: type 1 (insuline-afhankelijk) en type 2 (niet-insuline-afhankelijk).

Il y a deux formes principales de diabete : type 1 (insulino-dependant) et type 2 (non-insulino-dependant).

12. حاله ارتداد الانسولين سببها الطعام الكثير

An insulin reaction is caused by too much food.

Çok gıda tüketimi düşük kan şekerine yol acar.

Een te lage suikerspiegel in het bloed (hypoglycemie) wordt veroorzaakt door teveel voedsel.

Un taux de sucre sanguin trop bas (hypoglycemie) est causé par trop de nourriture.

13. الدواء اكثر اهميه من النظام الغذائى و ممارسه الرياضه للسيطره على مرض السكر

Medication is more important than diet and exercise to control my diabetes.

İlaçla tedavi, şeker hastalığını kontrol altında tutmakta diyet ve egzersizlerden daha onemlidir.

Medicatie is belangrijker dan dieet en lichaamsbeweging om mijn diabetes te controleren.

Les medicaments sont plus important pour controler mon diabète, qu'un régime alimentaire et des exercices physiques

14. مرض السكر عاده ما يسبب قصور فى الدوره الدمويه

Diabetes often causes poor circulation.

Şeker hastaliği, genellikle zayif kan dolasimina yol açmaktadir

Diabetes veroorzaakt vaak slechte bloedcirculatie.

Le diabète cause souvent une mauvaise circulation sanguine.

15. الجروح والشقوق الصغيره فى الجلد عند مريض السكر تشفى ببطء شديد

Cuts and abrasions on diabetics heal more slowly.

Yara ve sıyrıklar şeker hastalarinda çok yavaş iyileşir.

Snijwonden en schaafwonden genezen trager bij een diabetespatient.

Des coupures et blesssures mettent plus de temps à guerrir chez un patient diabetique.

16. مرضى السكر يجب ان يتخذوا الحذر الشديد عند قص اظافر القدم

Diabetics should take extra care when cutting their toenails.

Şeker hastaları ayak tırnaklarini keserken çok dikkat etmeleri gerekir.

Diabetespatiënten moeten extra oppassen bij het knippen van hun teennagels.

Les diabètiques doivent faire attentions quands ils coupent leurs ongles d'orteil.

17. يجب على مريض السكر ان ينظف الجروح باليود والكحول

A person with diabetes should cleanse a cut with iodine and alcohol.

Bir şeker hasatası yarasını tentürdiyot ve alkolle temizlemesi gerekir.

Een persoon met diabetes moet een snijwonde met jodine (isobetadine) en alcohol reinigen.

Une personne diabetique doit nettoyer une blessure avec du jodine (iso-betadine) et l'alcool.

18. الطريقه التى احضر بها طعامى بنفس اهميه نوع الطعام الذى اكله

The way I prepare my food is as important as the foods I eat.

Yiyeceklerin hazırlanışı onların seçimi kadar önemlidir.

De wijze waarop ik mijn voedsel bereid is even belangrijk als het soort voedsel dat ik eet.

La façon que je prépare mes repas est ainsi importante que la nourriture que je mange.

19. مرض السكر قد يدمر كليتى

Diabetes can damage my kidneys.

Şeker hastaliği böbreklere zarar verebilir.

Diabetes kan mijn nieren beschadigen.

Le diabète peut endommager mes reins

20. مرض السكر ق يسبب فقدان الاحساس فى يدى, واصابعى وفى قدمى

Diabetes can cause loss of feeling in my hands, fingers, and feet.

Şeker hastaliği ellerdeki, parmaklardaki ve ayaklardaki hissi azaltabilir

Diabetes kan een gevoelsverlies veroorzaken aan mijn handen, vingers en voeten.

Le diabète peut causer une perte de sensiblilité au niveau de mes main, doigts et mes pieds.

21. الارتعاش والعرق هى علامات ارتفاع السكر فى الدم

Shaking and sweating are signs of high blood sugar.

Titreme ve terleme yüksek kan şekeri belirtileridir

Beven en zweten zijn tekens van te hoge suikergehalte in het bloed.

Les tremblements et la transpiration sont des signes de sucre sanguin trop élevé.

22. التبول المتكرر والعطش هى علامات على نقص السكر في الدم

Frequent urination and thirst are signs of low blood sugar.

Sık idrar ve aşırı susama düşük kan şekeri belirtileridir;

Regelmatig plassen en dorst zijn tekens van een te laag suikergehalte in het bloed.

Les urines frequentes ainsi que la soif sont des signes de taux de sucre sanguin trop bas.

23. الجوارب (التقاشر) الضيقه ليست مضره لمرضى السكر

Tight elastic hose or socks are not bad for diabetics.

Dar lastikli çoraplar şeker hastalarina zararlı değildir.

Nauwe elastische kousen en panties zijn niet slecht voor diabetespatienten.

Des chaussettes et des panties elastics serrés sont pas mauvaises pour les personnes diabetiques.

24. وجبه مرضى السكر يتكون بصوره رئيسيه من طعام مخصوص

A diabetic diet consists mostly of special foods.

Bir şeker hastasinin diyeti özel besinlerden olusmaktadir.

Een diabetesdieet bestaat vooral uit speciale voiding.

Une diète diabetique consiste surtout en une nourriture speciale.