

Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici

Yvonne J.F.M. Jansen, Paul J.M. Uitewaal, A. (Rian) Wijsman-Grootendorst en P.H.L.M. (Nel) Geelhoed-Duijvestijn

- DOEL** Vaststellen of allochtone patiënten met diabetes mellitus type 2 sociale en culturele belemmeringen ervaren bij het opvolgen van leefstijladviezen en in welke mate diabeteseducatieprogramma's aansluiten bij de cultuur van de patiënt.
- OPZET** Focusgroeponderzoek.
- METHODE** Een verkennend focusgroeponderzoek werd verricht bij Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse patiënten met diabetes mellitus type 2 om inzicht te krijgen in de perceptie, ervaringen en wensen van allochtone patiënten ten aanzien van diabetesgebonden leefstijladviezen en diabetespreventieprogramma's. In totaal werden 7 semi-structureerde focusgroepgesprekken gehouden, geleid door een biculturele gespreksleider met dezelfde etnische afkomst als de deelnemers. Besproken thema's waren: dagelijkse omgang met diabetes, integratie van leefstijladviezen in het dagelijks leven en daarbij ervaren moeilijkheden, ervaren sociale steun, en de wensen en behoeften met betrekking tot de huidige diabeteszorg. De focusgroepgesprekken werden verbatim uitgewerkt en thematisch geanalyseerd.
- RESULTATEN** In totaal namen 37 allochtone diabetespatiënten deel aan het onderzoek, met een gemiddelde ziekte duur van 13,8 jaar. Kennis over diabetes, over de mogelijke complicaties en over de belangrijkste leefstijladviezen waren in voldoende mate aanwezig. Maar de heersende culturele opvattingen werden als belangrijke belemmeringen ervaren voor het opvolgen van leefstijladviezen.
- CONCLUSIE** Culturele opvattingen bemoeilijkten het allochtone patiënten om diabetesgebonden leefstijladviezen in het dagelijks leven te integreren. De huidige diabetesprogramma's zijn nog onvoldoende in staat om deze sociale en culturele barrières te doorbreken. Het bespreekbaar maken van diabetes in de sociale omgeving en het geven van cultuursensitieve leefstijladviezen lijken belangrijke noodzakelijke veranderingen te zijn, om de huidige diabeteszorg meer cultuurcompetent te maken.

TNO Behavioural Social Sciences,
afd. Sustainable Productivity, Hoofddorp.
Drs. Y.J.F.M. Jansen, onderzoeker en adviseur.
GGD Den Haag, Productgroep Epidemiologie en
Gezondheidsbevordering (EG), Dienst OCW,
Gemeente Den Haag.
Dr. P.J.M. Uitewaal, huisarts-onderzoeker
Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
Standplaats Diabetes Zorg Haaglanden.
A. Wijsman-Grootendorst MSc, onderzoeker.
Maatschap Interne Geneeskunde.
dr. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn, internist.
Contactpersoon: drs. Y.J.F.M. Jansen
(yvonne.jansen@tno.nl).

De metabole instelling van niet-westerse allochtonen met diabetes mellitus type 2 (DM2) in Nederland is slechter dan van autochtone Nederlanders met deze aandoening.¹⁻⁵ Hun gemiddelde HbA_{1c}-waarde bedraagt 8,14%, ten opzichte van 7,87% bij diabetici met een Nederlandse achtergrond in dezelfde woongebieden (referentiewaarde: 4-6) (A.G. Veldhuis-Vlug, schriftelijke mededeling; 2011). De resultaten van Nederlandse interventiestudies naar de effectiviteit van cultuursensitieve diabeteseducatie gegeven door allochtone zorgconsulenten, toonden geen effecten aan op glykemische controle, BMI of op het niveau van kennis over de ziekte bij de patiënten (A.G. Veldhuis-Vlug, schriftelijke mededeling; 2011). Toch was de waardering voor deze voorlichting door zowel patiënten als behandelaars zeer groot.⁶

De oorzaken voor een slechtere metabole instelling van allochtonen met diabetes worden gezocht in het onvoldoende toepassen van leefstijladviezen. Verondersteld wordt dat allochtone patiënten door taal- en communicatieproblemen minder kennis over diabetes zouden

hebben. Ook zou het geheel van psychosociale, financiële, culturele en sociale omstandigheden waarin allochtone patiënten leven de integratie van diabetesgebonden leefstijladviezen en zelfzorgactiviteiten in hun leven belemmeren.^{7,8} Tevens is er onder hulpverleners nog weinig inzicht in voor allochtone patiënten mogelijk werkbare stimuli, zoals lotgenotencontact of psychosociale ondersteuning.^{9,10} Bij interventiestudies gericht op het verbeteren van de metabole instelling wordt de haalbaarheid van leefstijladviezen voor deze doelgroep nog onvoldoende meegewogen.¹¹ Hoewel veel initiatieven voor allochtone diabetespatiënten worden ontplooid, worden zij zelf zelden geraadpleegd.¹¹

We deden een onderzoek om meer inzicht te krijgen in de belemmeringen die niet-westerse allochtonen met DM2 ervaren. Daarvoor gebruikten wij een verkennend focusgroeponderzoek, waarvan de methode elders uitgebreid wordt beschreven.^{12,13} De volgende vragen stonden centraal: (a) hoe gaan mensen van allochtone afkomst met DM2 om met hun ziekte en de daarmee samenhangende leefstijladviezen en zelfzorgactiviteiten, (b) welke belemmeringen of barrières ervaren zij bij het volgen van de leefstijladviezen en zelfzorgactiviteiten, (c) wat is hun mening over de huidige diabeteszorg en de speciaal voor deze doelgroep ontwikkelde diabeteseducatieprogramma's, en (d) wat zijn de verwachtingen, wensen en behoeften die zij hebben ten aanzien van hun diabeteszorg? In dit artikel presenteren wij de algemene bevindingen van dit onderzoek.

DEELNEMERS EN METHODEN

DEELNEMERS

Een explorerend, kwalitatief focusgroeponderzoek werd opgezet onder mensen met DM2 van Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse afkomst. In de periode mei-november 2009 werden 7 semigestructureerde focusgroeppgesprekken gehouden in buurthuizen en een moskee in Den Haag, met deelnemers van eerder genoemde groepen. Het ging om 2 gesprekken met Turkse deelnemers (1 maal met mannen en 1 maal met vrouwen), 3 gesprekken met Surinaams-Hindoestaanse deelnemers (1 maal met mannen en 2 maal met vrouwen) en 2 gesprekken met Marokkaanse deelnemers (1 maal met mannen en 1 maal met vrouwen).

De Medisch Ethische Toetsingscommissie Zuidwest Holland oordeelde dat dit project niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) viel en dat haar goedkeuring dus niet nodig was (METC-nummer o8-o84).

FOCUSGROEPONDERZOEK

Focusgroeponderzoek is geschikt voor onderzoek onder mensen met een gedeelde culturele achtergrond.^{14,15} Door de groepsdynamiek en de discussie wordt inzicht in een onderzoeksonderwerp bevorderd en verdiept.^{16,17} Hierdoor ontstaat bij de onderzoekers meer inzicht in hoe patiënten denken over gezondheid, alsook over de culturele normen en waarden die van invloed zijn op het al dan niet volgen van leefstijladviezen.

Om aan te sluiten bij de leefwereld van de deelnemers maakten wij gebruik van biculturele gespreksleiders van dezelfde etnische afkomst en werden de gesprekken gehouden op locaties die bekend en vertrouwd waren bij de deelnemers, in navolging van eerder onderzoek.^{16,18} Dit bevorderde de mogelijkheid om vrijuit te spreken en om meningen te uiten over en ervaringen met de Nederlandse diabeteszorg.¹⁷ De geworven gespreksleiders hadden geen specifieke kennis over diabetes.¹³ Een persoon met specifieke kennis over diabetes kan al dan niet bewust op zoek zijn naar bevestiging van bestaande ideeën over diabeteseducatie en minder oog hebben voor verdieping van het onderwerp vanuit de culturele achtergrond en perspectief van de deelnemers. Er waren 2 onderzoekers (Y.J.F.M.J. en A.W.-G.) bij de gesprekken aanwezig om verdieping van het onderwerp te faciliteren en dominantie van enkele deelnemers of sociaalwenselijke antwoorden tijdens de gesprekken zo veel mogelijk te voorkomen.

THEMA'S

De leidraad voor de semigestructureerde focusgroeppgesprekken vormde een topiclijst met te bespreken thema's. Een dergelijke topiclijst geeft de gespreksleider de gelegenheid om de volgorde van de te bespreken onderwerpen aan te passen aan de gespreksdynamiek en geeft deelnemers de gelegenheid om meer uit te wijden over onderwerpen die besproken worden.^{15,16,19} De volgende onderwerpen kwamen tijdens de focusgroeppgesprekken aan bod: dagelijkse omgang met diabetes, integratie van leefstijladviezen in het dagelijks leven en daarbij ervaren moeilijkheden, ervaren sociale steun, en de wensen en behoeften met betrekking tot de huidige diabeteszorg. Alle focusgroeppgesprekken werden, met toestemming van de deelnemers, opgenomen met een voicerecorder. Daarna werden ze verbatim uitgewerkt en, indien nodig, vertaald in het Nederlands door de gespreksleiders.

ANALYSE VAN DE FOCUSGROEPGESPREKKEN

De analyse van het gespreksmateriaal volgde de thema's besproken in de gesprekken en werd door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Voor de analyse van de verbatim gespreksverslagen maakten wij gebruik van 'open access' analysesoftware (Weft QDA versie 1.0.1

voor Windows). In dit artikel worden de algemene bevindingen uit deze studie gepresenteerd. Meer achtergrondinformatie over de studie en de verscheidenheid aan opvattingen van deelnemers staat in het rapport dat over deze studie is verschenen.²⁰

RESULTATEN

DEELNEMERSKARAKTERISTIEKEN

Kandidaat-deelnemers voor de focusgroepgesprekken werden geselecteerd op basis van geslacht, etniciteit en postcode uit het patiëntenbestand van het Diabetes Zorg Haaglanden (DZH), onderdeel van het Medisch Centrum Haaglanden. Het overgrote deel van de patiëntenpopulatie was woonachtig in de Schilderswijk, Centrum en omliggende achterstandswijken ('krachtwijken')²¹ te Den Haag. Van 474 geselecteerde namen werden 268 gebeld om de focusgroepen te vullen. Het streven was 12 personen per focusgroep, dus als voldoende personen hadden toegezegd, stopten we met bellen. Van de 268 personen werden 210 niet bereikt of ze gaven geen medewerking. 58 personen zegden medewerking toe, maar 30 kwamen deze toezegging niet na (nonrespons: 52%). Los van het patiëntenbestand van DZH spraken wij via een moskee nog met 9 Marokkaanse vrouwen. In totaal waren er derhalve 37 deelnemers aan de focusgroepgesprekken: 8 Turkse (3 mannen, 5 vrouwen), 15 Marokkaanse (6 mannen, 9 vrouwen), en 14 Surinaams-Hindoestaanse deelnemers (5 mannen, 9 vrouwen). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 54,5 jaar (SD: 9,7). De jongste deelnemer was 32 jaar en de oudste deelnemer 72 jaar. Gemiddeld hadden de deelnemers 13,8 jaar diabetes (SD: 10,0). De deelnemers waren wat betreft leeftijd, diabetesduur, gemiddelde bloedsuikerwaarden (HbA_{1c}-uitersten: 6-11%; gemiddelde: 8,14%) (A.G. Veldhuis-Vlug, schriftelijke mededeling; 2011), en opleidingsniveau (ongeleterd tot laag opgeleid) representatief voor de totale populatie van allochtone patiënten van het DZH.

KENNIS OVER DIABETES MELLITUS EN LEEFSTIJLADVIEZEN

De deelnemers gaven aan te weten dat diabetes mellitus een chronische ziekte is, waarbij er sprake is van een verstoorde glucoseopname in het lichaam, met eventuele lichamelijke consequenties (de direct merkbare lichamelijke gevolgen bij een hypo- of een hyperglykemie en de lichamelijke gevolgen op de lange termijn zoals nierfalen en visusproblemen). Tevens gaven de deelnemers aan te weten over diabetesgebonden leefstijladviezen, zoals meer bewegen of sporten, regelmatig gebruik van medicatie, een aangepast voedingspatroon en gewichtsvermindering. Echter, het doorbreken van culturele gebruiken om de leefstijladviezen te kunnen opvolgen, werd als moeilijk ervaren.

MOEITE MET HET VOLGEN VAN LEEFSTIJLADVIEZEN

De deelnemers hadden gemiddeld 13,8 jaar diabetes. Ondanks dat veel deelnemers zichzelf geheel of gedeeltelijk nieuwe leefgewoonten hadden aangeleerd, bleek het voor alle deelnemers een constante opgave om voortdurend rekening te houden met de diabetes. Het chronische gebruik van medicatie werd door de deelnemers geaccepteerd en belangrijk gevonden, maar het opvolgen van de voedings- en beweegadviezen werden als moeilijk ervaren. Men ervoer in de leefstijladviezen onvoldoende handvatten om culturele gebruiken te kunnen doorbreken.

Uit alle focusgroepgesprekken kwam naar voren dat het voor de deelnemers moeilijk was om de culturele of sociale norm van de groep waartoe zij zichzelf rekenden te doorbreken en om 'afwijkend' gedrag te vertonen. De sociale omgeving nam een belangrijke plaats in in het leven van de deelnemers. Hoe de sociale omgeving de deelnemers percipieerde, was van invloed op hoe de deelnemers al dan niet leefstijladviezen opvolgden. Zo vertelde een Marokkaanse man: 'Bij Nederlanders is dat anders, zij hebben geen bemoeienis uit hun sociale netwerk. Bij ons worden vaders aangesproken door de sociale omgeving op het gedrag van vrouw en kinderen'. Of zoals een Turkse vrouw aangaf: 'Ze willen dat we erg actief zijn en veel sporten, maar dat past niet bij Turkse vrouwen. Wij Turkse vrouwen proberen ons erg te houden aan wat we hebben geleerd van onze ouders. [...] ik beweeg thuis met de gordijnen dicht'.

Hoewel de deelnemers zich realiseerden dat leefstijladviezen nodig zijn om diabetes te reguleren, was het, doordat zij deel uitmaakten van een groeps Cultuur, voor hen moeilijk om 'anders te zijn' dan hun sociale omgeving. De geringe openheid over diabetes leek hiermee samen te hangen. Hoewel in alle focusgroepen werd aangegeven dat ziekten of aandoeningen nauwelijks met de sociale omgeving werden besproken, werd dit door de Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse deelnemers meer benadrukt. Het hebben van diabetes betekende dat de leefstijl diende te worden aangepast, maar dan maakte de deelnemers ook 'anders' dan de sociale omgeving. De angst voor roddel over aanstootgevend of afwijkend gedrag maakte dat deelnemers in alle focusgroepen zich belemmerd voelden in het doorbreken van culturele gebruiken en het opvolgen van leefstijladviezen. Zij ervoeren daarbij ook weinig sociale steun. Een Turkse man merkte op: 'Als je bij iemand op visite bent, en hij of zij brengt wat voor je, en je eet niet – vanwege je diabetes –, dan is dat beledigend voor die persoon'. Idealiter wordt door de deelnemers – zo kwam naar voren – geprobeerd om een tussenweg te vinden, waarbij wordt geprobeerd de leefstijladviezen die door zorgverleners worden gegeven te volgen, zonder daarbij de volgens traditie overgeleverde culturele gebruiken te verlaten.

LEERPUNTEN

- Een goede metabole instelling is bij allochtone patiënten met diabetes mellitus in Nederland moeilijker te bereiken dan bij autochtone diabetici.
- De slechtere metabole instelling wordt vaak verklaard door minder kennis over de ziekte als gevolg van de taalbarrière en sociale en culturele belemmeringen die allochtone patiënten mogelijk ervaren bij het volgen van diabetesgebonden leefstijladviezen en door de onvoldoende cultuursensitiviteit van diabeteseducatieprogramma's.
- Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse groepen beschouwen mensen met diabetes als 'anders', dat wil zeggen als niet overeenkomend met hun culturele waarden en sociale normen. Daardoor is het voor allochtone diabetici moeilijk om leefstijladviezen in het dagelijks leven te integreren.
- Om de huidige diabeteszorg cultuurcompetenter te maken dienen diabetesgebonden leefstijladviezen op diverse culturen te worden afgestemd, en naast aandacht voor kennisoverdracht dient er meer aandacht te zijn voor het betrekken van personen in de sociale omgeving en de rol die zij kunnen vervullen in de ondersteuning van mensen met diabetes.

PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Alle deelnemers waren woonachtig in achterstandwijken ('krachtwijken'). Met name Marokkaanse en Turkse deelnemers gaven aan dat zij zorgen hadden om familie, sociale omstandigheden en ook geldzorgen, wat door hen werd gezien als oorzaak van hun diabetes. In alle focusgroepen kwam naar voren dat het hebben van diabetes deelnemers zorgen gaf. Men was in het bijzonder bang voor de lichamelijke consequenties van diabetes. Door zorgen, vond men, 'kan de suiker oplopen'. Zo sprak een Marokkaanse man: 'Op het moment dat ik met mijn dochters (in Marokko) bel, voel ik me rot en gaat zeker mijn suiker omhoog'. Ook hadden de deelnemers zorgen over de mogelijkheid dat hun kinderen ook diabetes kregen. Een Turkse vrouw vertelde: 'Mijn zoon is erg dik ... ik vraag me af of hij misschien diabetes krijgt ... Eet weinig, God bescherm hem'.

GEMIS AAN VAARDIGHEDEN

Moeilijkheden door taal- en communicatieproblemen werden vooral in de focusgroepen met Turkse en Marokkaanse vrouwelijke deelnemers benadrukt. Zij gaven aan zich daarbij afhankelijk te voelen van hun kinderen. De Marokkaanse vrouwen gaven toe dat dit belastend was voor de kinderen en dat vertaling door kinderen vaak facultatief was, maar de kinderen werden toch meer vertrouwd dan de officiële maar onbekende telefonische tolk. Het zich niet goed in het Nederlands kunnen uiten betekende dat problemen of

zorgen niet goed aan de zorgverleners duidelijk gemaakt konden worden.

WENSEN EN BEHOEFTE MET BETREKKING TOT DIABETESZORG

De deelnemers waren tevreden met hun diabeteszorg. Zij hadden een groot respect voor de Nederlandse artsen. Toch was er ook kritiek. In alle focusgroepen gaven deelnemers aan naast aandacht voor het verloop van diabetes, meer aandacht van zorgverleners te willen krijgen voor persoonlijke omstandigheden. Illustratief hiervoor is het volgende fragment van een Turkse man: '[De dokters] controleren alleen het notitieboekje [met alle suikerwaarden] en dat is het [...] ik ga twee jaar naar dezelfde dokter en hij stelt altijd dezelfde vragen: waarom heb je dit gedaan en waarom heb je dat gedaan?'.

BESCHOUWING

Uit dit voor zover ons bekend eerste Nederlandse focusgroeponderzoek onder allochtonen met diabetes, bleek dat allochtone patiënten een redelijke kennis hadden over diabetes. Zij ervoeren een aantal leefstijladviezen als strijdig met de eigen culturele opvattingen. Naast de culturele opvatting ervoeren zij andere belangrijke barrières, zoals de vaak aanwezige psychosociale problematiek die naar hun mening een nadelige invloed op de bloedsuikers had, en het gemis aan taal- en communicatievaardigheden. Er was tevredenheid over de diabeteszorg, maar tegelijk was er vraag om meer aandacht van zorgverleners voor persoonlijke omstandigheden. Het opvolgen van leefstijladviezen in het dagelijks leven is moeilijk. Hoewel dit geldt voor alle diabetespatiënten (autochtone en allochtone), werden door allochtone patiënten veel moeilijkheden toegeschreven aan het feit dat de adviezen lastig te vertalen waren naar hun cultuurspecifieke gebruiken. In tegenstelling tot individualistische Nederlandse cultuur, wordt in groeps culturen de rol van het individu ondergeschikt geacht aan het welzijn van de gehele groep.²² Dit heeft tot gevolg dat het onderdeel-zijn van een groeps cultuur en het 'niet "anders" willen zijn', gekoppeld aan weinig sociale steun en de angst voor roddel, moeilijkheden geeft voor het opvolgen van leefstijladviezen.²² Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de persoonlijke en sociale omstandigheden waarin patiënten zich bevinden voor hen een barrière kunnen vormen om actief te werken aan hun gezondheid of het verbeteren daarvan.²²⁻²⁴ Tevens zijn psychosociale problematiek en het gemis aan taal- en communicatievaardigheid voor allochtone diabetespatiënten belangrijke barrières voor het navolgen van leefstijladviezen. Recent onderzoek heeft aangetoond dat psychosociale problematiek onder oudere immigranten groot is, als gevolg een geringe mate van acculturatie in de Neder-

landse maatschappij.²⁵ Tevens zijn de hoogte van de opleiding en taalvaardigheid, 2 belangrijke peilers voor sociaaleconomische status, belangrijke indicatoren voor achterstand in gezondheid en voor zorggebruik onder oudere immigranten.²⁵

CONCLUSIE

De allochtone diabetespopulatie vormt een groeiende patiëntengroep in de Nederlandse diabeteszorg.¹¹ Veel Nederlandse diabeteseducatieprogramma's voor allochtonen zijn gericht op het overdragen van medisch georiënteerde kennis over diabetes mellitus en over de lichamelijke consequenties. Hierbij is weinig aandacht voor de feitelijke verschillen in leefstijl, gedrag en culturele gebruiken tussen autochtone en allochtone Nederlanders, waardoor de geboden diabeteszorg onvoldoende aansluit bij de allochtone diabetespopulatie.¹¹ Uit onze studie blijkt echter dat kennis over diabetes onder allochtone patiënten niet het grootste probleem is, maar het opvolgen van diabetesgebonden leefstijladviezen in het

dagelijks leven en de noodzaak om daarvoor sociale en culturele normen te doorbreken.

Om de huidige diabeteszorg meer cultuurcompetent te maken, is het nodig om in de specifieke sociale omgeving van de patiënt bespreekbaar te maken dat patiënten met diabetes moeten worden ondersteund. Daarnaast moet men cultuursensitieve leefstijladviezen geven en indien gewenst ook en mogelijk minder vrijblijvende adviezen dan nu het geval is.²⁵⁻²⁸

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: Y.J.F.M. Jansen ontving financiering van het Medisch Centrum Haaglanden voor dit onderzoek. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Diabetes Fonds, in het kader van het subsidieprogramma Stem van de Patiënt 2008 (projectnummer Diabetesfonds 2008.13.004).

Aanvaard op 13 juni 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3117

 [Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- Bos G, Jacobs-van der Bruggen MAM, et al. Etnische verschillen in diabetes, risicofactoren voor hart- en vaatziekten en zorggebruik: resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2004. RIVM rapport 260801002. Bilthoven: RIVM; 2004.
- , , , , . Diabetes care in Dutch general practice: differences between Turkish immigrants and Dutch patients. *Eur J Public Health.* 2004;14:135-8.
- Stirbu I, Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in the Netherlands. *BMC Public Health.* 2006;6:78. doi:10.1186/1471-2458-6-78.
- , , , . Different distribution of cardiovascular risk factors according to ethnicity: a study in a high risk population. *J Immigr Minor Health.* 2008;10:559-65.
- Uitewaal PJM, Goudswaard AN, Ubnik-Veltmaat LJ, Bruijnzeels MA, Hoes AW, Thomas S. Cardiovascular risk factors in Turkish immigrants with type 2 diabetes mellitus: Comparison with Dutch patients. *Eur J Epidemiol.* 2004;19:923-9.
- Uitewaal PJM, Bruijnzeels M, de Hoop T, Hoes A, Thomas S. Feasibility of diabetes peer education for Turkish type 2 diabetes patients in Dutch general practice. *Patient Educ Couns.* 2004;53:359-63.
- Barlow JH, Sturt J, Hearnshaw H. Self-management interventions for people with chronic conditions in primary care: Examples from arthritis, asthma and diabetes. *Health Educ J.* 2002;61:365-78.
- Alpay LL, Blanson Henkemans, Otten W, Rövekamp AJM, Dumay ACM. E-health applications and services for patient empowerment: Directions for best practices in the Netherlands. *Telemedicine and E-health.* 2010;16:787-91.
- Delamater A, Jacobson AM, Anderson B, et al. Psychosocial therapies in Diabetes; reports of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care.* 2001;24:1286-92.
- Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, et al. Effects of behavioural family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence and metabolic control. *J Pediatr Psychol.* 2006;31:928-38.
- Van Berkum M, Smulders E. Migranten, preventie en gezondheidszorg. Utrecht: Pharos; 2010.
- Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ.* 1995;311:299-302.
- Kahan JP. Focus groups as a tool for policy analysis. *Analyses of Social Issues and Public Policy.* 2001;1:129-146.
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA. Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam: Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA, 2002.
- Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 2002.
- Evers J. Kwalitatief interviewen: kunst én kunde. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2007.
- Van Lindert H, Friele R, Sixma H. Wat vinden migranten belangrijk in de huisartsenzorg? De vragenlijst van migranten. Utrecht: NIVEL; 2000.
- Wijsman-Grootendorst A, van Dam RM. . *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149:932-6.
- Creswell JW. Research Design; qualitative, quantitative and mixed methods approaches. London: Sage; 2003.
- Jansen YJFM, Wijsman-Grootendorst A, Uitewaal PJM. Geelhoed-Duijvestijn. Eindrapport project Cultuurcompetente diabeteseducatie: wat is de mening van de allochtone patiënt? Rapportnr. KvL/P&Z 2010.047. Leiden: TNO; 2010.
- Wiegers TA, Devillé W. Herijking stedelijke achterstandsgebieden. Utrecht: NIVEL; 2008.

- 22 Pinto D. Interculturele communicatie: drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1990.
- 23 Jansen YJFM, de Bont AA. The role of screening methods and risk profile assessments in prevention and health promotion programmes: an ethnographic analysis. *Health Care Anal.* 2010;18:389-401.
- 24 Jansen YJFM. The taming of chance and the actual practice of prevention: rationalised prevention and 'the Social'. In: Mathar Th. and YJFM Jansen, redacteuren. *Health promotion and prevention programmes in practice: how patients' health practices are rationalised, reconceptualised and reorganised.* Bielefeld: Transcript Verlag; 2010. pp. 147-69.
- 25 Denktas S. *Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands; a comparative study.* Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2011.
- 26 Schrijver CTM, Storm I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden; een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. Rapportnr. 270171001/2009Bilthoven: RIVM; 2009.
- 27 Kooiker SE, Heutink H, Diemen D van., Elzenga M. Gezond leven en de lage SES: het echte verhaal. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde.* 2010; 88:27-8
- 28 Mulder EMJ, Wagemakers A. De wijk: een bron van energie. De sociale en fysieke omgeving in interventies ter preventie van overgewicht. *Tijdschr Soc Geneeskd.* 2010;88:108-11.