

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://www.ntvg.nl/publicatie/671158/abstract">http://www.ntvg.nl/publicatie/671158/abstract</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Chronische ziekten bij allochtonen: Handvatten voor patiëntgerichte zorg bij diabetes, hypertensie en COPD

ELDINE H. OOSTERBERG, WALTER L.J.M. DEVILLÉ, LIZZY M. BREWSTER, CHARLES AGYEMANGEN, MARIA E.T.C. VAN DEN MUIJSENBERGH

Chronische ziekten, zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten, komen vaker voor en verlopen vaak ernstiger bij patiënten van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst.

Surinamers krijgen vaker en op jongere leeftijd hart- en vaatziekten. Het is daarom zinvol bij hen eerder te overwegen een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen.

Bij gelijke zorg zijn de behandeluitkomsten van diabetes mellitus slechter bij allochtonen. Voorlichting die aansluit bij het niveau en de opvattingen van de patiënt leidt tot betere glucosewaarden.

Uit onderzoek onder focusgroepen komt naar voren dat allochtonen moeite hebben met het opvolgen van leefstijladviezen die niet stroken met de eigen culturele opvattingen en waarvoor weinig steun bestaat in de sociale omgeving.

Etnische verschillen in de effectiviteit en toxiciteit van geneesmiddelen worden voor een belangrijk deel veroorzaakt door een genetisch bepaalde variatie in de activiteit van metaboliserende enzymen.

Niet-westerse bevolkingsgroepen in Nederland hebben vaker chronische ziekten en hebben een hoger risico op sterfte door deze chronische ziekten dan autochtone Nederlanders met dezelfde sociaal-economische achtergrond of opleiding. Dit hogere risico wordt veroorzaakt door een combinatie van verschillende factoren, zoals leefstijl, het beloop van het migratieproces en erfelijke bepaaldheid.<sup>1</sup> Niet alleen is de prevalentie van deze ziekten anders, maar patiënten van niet-westerse afkomst presenteren zich ook met andere klachten en vereisen soms een andere aanpak in de medische behandeling en begeleiding.

Om goede zorg te kunnen bieden aan chronisch zieke patiënten van niet-westerse afkomst is kennis van deze verschillen essentieel. In dit artikel gaan wij in op de – voor de praktijk relevante – zorgaspecten die anders zijn of die specifieke aandacht vragen bij allochtonen met diabetes mellitus (DM), hypertensie of COPD. We baseren ons op het wetenschappelijk onderzoek dat op dit moment bekend is, waarbij we ons zo veel mogelijk hebben gericht op Nederlands onderzoek. In Nederlandse

studies zijn vooral de 3 grootste allochtonengroepen onderzocht: mensen die hun oorsprong hebben in Suriname, Turkije of Marokko. In dit artikel richten we ons dan ook vooral op deze groepen, hoewel een derde van de hier woonachtige niet-westerse allochtonen niet uit een van deze landen afkomstig is. We gebruiken de term 'allochtonen' voor mensen van de eerste, tweede of derde generatie uit niet-westerse landen. Creools-Surinamers hebben vaak West-Afrikaanse voorouders. Als deze genetische afkomst van belang is, spreken we van mensen van West-Afrikaanse afkomst; hieronder vallen ook andere mensen van West-Afrikaanse afkomst zoals Antillianen en Ghanezen.

## DIABETES MELLITUS

### Epidemiologie

De prevalentie van DM is 2-4 keer hoger onder allochtonen van Hindostaans-Surinaamse, creools-Surinaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst dan onder autochtone Nederlanders. Bovendien ontstaat de ziekte bij hen op relatief jonge leeftijd.<sup>2</sup> Wereldwijd komt DM veruit het vaakst voor bij Zuid-Aziaten. Naast een genetische aanleg spelen overgewicht, met een ongunstige vetverdeling, en gebrek aan lichaamsbeweging hierbij een grote rol.<sup>3</sup> Ook in Nederland is de prevalentie het hoogst onder Hindostanen: een kwart van de Hindostanen van 35-60 jaar heeft DM.<sup>2</sup> Bij volwassenen in Turkije is de prevalentie van DM 6-7% lager dan die bij Turken woonachtig in Nederland. Dit lijkt te worden veroorzaakt door migratie en het adopteren van een westerse leefstijl, met overgewicht en bewegingsarmoede als gevolg. Toch blijkt dat noch de hogere prevalentie van overgewicht noch de lagere sociaal-economische status voldoende verklaring biedt voor de hogere prevalentie van DM onder allochtonen.<sup>4</sup> Er zijn steeds meer aanwijzingen dat migratie zelf een stressfactor is die aanleiding kan geven tot het sneller ontstaan van metabole ziekten als DM.<sup>5</sup>

Niet alleen is de prevalentie van DM onder allochtonen hoger, de behandeluitkomsten zijn bij hen ook slechter.<sup>6</sup> Vooral bij Hindostanen worden vaker, en al op jonge leeftijd, cardiovasculaire complicaties gezien. Ook hebben zij een hoger risico op het ontwikkelen van nefropathie en nierfalen.<sup>2,7</sup> Mensen van West-Afrikaanse afkomst, zoals creools-Surinamers en Antillianen, hebben een hoger risico op nefropathie en nierfalen en op retinopathie.<sup>6</sup>

### DIAGNOSTIEK

Bij mensen van Afrikaanse afkomst, die wel of geen DM hebben, worden hogere concentraties van HbA<sub>1c</sub>, fructosamine en geglyceerde albumine gezien, wat wijst op hogere glucoseconcentraties.<sup>8</sup> In hoeverre dit een uiting is van een grotere neiging om DM te ontwikkelen of een reflectie van de noodzaak van andere referentiewaarden voor deze groep is niet duidelijk.

### BELEID

Turken en Marokkanen hebben een meer dan 2 keer zo groot risico op een HbA<sub>1c</sub>-waarde groter dan 70 mmol/mol als autochtone Nederlanders, terwijl ze dezelfde zorg volgens de richtlijnen krijgen. Dit verschil wordt voor 30% verklaard door een lager opleidingsniveau en een mindere mate van zelfredzaamheid, wat leidt tot een geringer vermogen tot zelfmanagement.<sup>6</sup> Allochtonen met DM die slecht Nederlands

spreken, gebruiken minder medicatie.<sup>9</sup> Dit komt onder andere doordat ze hun DM als minder ernstig beoordelen en doordat ze minder sociale steun krijgen.<sup>6</sup> Uit onderzoek onder focusgroepen met Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse diabetici komt als grootste probleem naar voren het opvolgen van leefstijladviezen, zoals meer bewegen en aanpassen van het voedingspatroon. Dit komt doordat ze deze adviezen vaak als strijdig met de eigen culturele opvattingen ervaren. Het deel uitmaken van een groepscultuur maakt het moeilijk om 'anders' te zijn dan de sociale omgeving. Er is angst voor roddel en er wordt weinig sociale steun ervaren.<sup>10</sup> Casemanagement, bijvoorbeeld in de vorm van een diabetesverpleegkundige die de zorg coördineert, verbetert de uitkomstmaten van de diabetescontrole bij allochtonengroepen significant. Het heeft bovendien een gunstig effect op de klachten en op de tevredenheid van de patiënt, en gaat gepaard met kortere ziekenhuisopnames.<sup>11</sup> Uit een Cochrane-review blijkt dat voorlichting over de behandeling en de ziekte die is aangepast aan het niveau van de patiënt en aansluit bij zijn of haar opvattingen, leidt tot betere HbA1c-waarden.<sup>12</sup> Nederlandse interventiestudies naar de effectiviteit van cultuursensitieve diabeteseducatie door allochtone zorgconsulenten tonen echter geen effect op HbA1c-waarden, BMI of het niveau van kennis over DM bij patiënten. Wel was de waardering voor deze voorlichting door zowel patiënten als behandelaars groot.<sup>10</sup> De aandachtspunten die van belang zijn voor de diabeteszorg bij allochtonen zijn samengevat in tabel 1.

#### [TABEL 1]

### **HYPERTENSIE**

#### **Epidemiologie**

De bevolkingsgroep met het grootste risico om te overlijden aan hart- en vaatziekten, met name aan CVA, in Nederland zijn Surinamers, zowel mannen als vrouwen. Turkse mannen hebben het een na grootste risico, vooral om te overlijden aan hartfalen. Het is opvallend dat jonge Hindostanen (35-60 jaar) 3 maal vaker hart- en vaatziekten hebben dan Nederlanders in dezelfde leeftijdsgroep. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de hoge prevalentie van DM, een ongunstig lipidenprofiel (vaker hypertriglyceridemie en verlaagde hdl-cholesterolwaarden) en het vaker voorkomen van hypertensie. Bij zowel Hindostaans-Surinamers als creools-Surinamers komt hypertensie 2-3 keer zo vaak voor als bij autochtone Nederlanders en ze krijgen deze aandoening ook op een jongere leeftijd.<sup>13</sup> Bij mensen van West-Afrikaanse afkomst leidt hypertensie tot uitgebreidere orgaanschade op jonge leeftijd, met name tot nierfalen, hartfalen en hersenbloedingen. De oorzaak hiervan wordt gezocht in een hogere zoutgevoeligheid en een grotere contractiliteit van de perifere vaten.<sup>14</sup> Ook is de incidentie van maligne hypertensie verhoogd bij patiënten van West-Afrikaanse afkomst in vergelijking met autochtone Nederlanders, wat verklaard kan worden door onderbehandeling van hypertensie.<sup>15</sup> Een studie onder Amsterdamse Ghanezen van 18-60 jaar laat zien dat 55% van hen hypertensie heeft, maar de helft zich hier niet van bewust is en slechts 15% adequaat wordt behandeld.<sup>16</sup> De reden van deze onderbehandeling is niet geheel duidelijk, maar factoren die een rol lijken te spelen, zijn het hebben van een grotere therapieresistentie, minder therapietrouw zijn en het niet actief genoeg ingrijpen door de behandelaar bij onvoldoende effect.<sup>14</sup> In deze

groep Amsterdamse Ghanezen met hypertensie had 90% van de vrouwen en 70% van de mannen overgewicht.<sup>16</sup>

### **DIAGNOSTIEK**

De geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) is gebaseerd op de 'Modification of diet in renal disease' (MDRD)-formule. Voor bepaling van de nierfunctie bij een patiënt van West-Afrikaanse afkomst moet de eGFR gecorrigeerd worden met een factor 1,21. Het is niet bekend of de MDRD-formule ook aangepast moet worden voor andere niet-westerse allochtonengroepen.<sup>17</sup>

### **BELEID**

Bij West-Afrikaanse patiënten is monotherapie met bètablokkers of renine-afhankelijke geneesmiddelen minder effectief voor de behandeling van hypertensie. Daarnaast hebben ze een 4 maal hoger risico op het ontwikkelen van angio-oedeem door gebruik van ACE-remmers. Diuretica en calciumantagonisten zijn juist effectiever.<sup>18</sup> De laatste tijd neemt de aandacht voor etnische verschillen in de effectiviteit en toxiciteit van geneesmiddelen toe. Voor een belangrijk deel worden deze verschillen veroorzaakt door genetisch bepaalde variatie in de activiteit van geneesmiddel-metaboliserende enzymen; mensen zijn bijvoorbeeld 'fast'- of 'slow-metabolizers'. Het is bekend dat Aziaten, zoals Hindostanen en een deel van de Turken, de cholesterolsyntheseremmer rosuvastatine traag metaboliseren. Om bijwerkingen te voorkomen moet bij hen een lagere startdosis gebruikt worden. Het risico op een hersenbloeding bij behandeling met trombolytica is 1,5 maal hoger bij mensen van West-Afrikaanse afkomst dan bij andere bevolkingsgroepen.<sup>19</sup> Om de therapietrouw te verbeteren is al dan niet cultuursensitieve hypertensievoorlichting nuttig. De eerste stap is het achterhalen van barrières bij het opvolgen van de adviezen; deze barrières hebben vaak te maken met de opvattingen van de patiënt over de ziekte. Uit Amsterdams onderzoek onder creools-Surinamers en Ghanezen blijkt dat zij hypertensie beleven als een symptomatische ziekte met klachten van hoofdpijn of druk in de oren. Als ze deze symptomen niet meer hebben, veronderstellen ze dat de bloeddruk verlaagd is en staken zij hun medicatie. Ook schrijven sommigen hypertensie toe aan de gevolgen van de migratie, waarbij zij verwachten dat de hypertensie 'geneest' bij terugkeer naar het land van herkomst. Bij een bezoek aan hun thuisland stoppen zij dan ook vaak met hun medicatie.<sup>20</sup> De aandachtspunten rond de hypertensiezorg bij allochtonen staan in tabel 2.

[TABEL 2]

### **COPD**

#### **Epidemiologie**

Huisartsen registreren de aanwezigheid van COPD minder vaak bij allochtonen dan bij autochtonen. Alleen bij mannen van Turkse afkomst van middelbare leeftijd lijkt COPD iets vaker voor te komen dan bij hun autochtone mannelijke leeftijdsgenoten. Waarschijnlijk komt dit doordat meer Turkse mannen roken dan autochtone mannen. Overigens is de geregistreerde prevalentie van chronische bronchitis voor Turken van 18 jaar en ouder ook hoger dan voor autochtone mannen van die leeftijd (16,6 vs. 4,2 per 1000). Dit kan wijzen op onderdiagnostiek van COPD bij deze groep.

Er zijn aanwijzingen dat allochtone patiënten met astma of COPD onderbehandeld worden in de huisartsenpraktijk. Het lijkt erop dat allochtone patiënten minder onderhoudsmedicatie met inhalatiecorticosteroiden krijgen voorgeschreven en minder medicatie gebruiken dan autochtonen.<sup>21</sup>

#### **DIAGNOSTIEK**

De in Nederland gebruikte referentiewaarden voor spirometrie zijn gebaseerd op populaties van West-Europese volwassenen. Het is echter bekend dat er etnische verschillen zijn in longfunctie-indices, zoals het geforceerde expiratoir 1-secondevolume (FEV1), die waarschijnlijk samenhangen met verschillen in lichaamsbouw.<sup>22</sup> De NHG-standaard 'COPD' raadt aan te corrigeren voor verschillen tussen etnische groepen door nieuwe referentieformules te gebruiken.<sup>23</sup>

#### **BELEID**

Bij COPD vormen leefstijlveranderingen, zoals stoppen met roken, de basis van het beleid. Per bevolkingsgroep en geslacht bestaan er grote verschillen in rookgedrag. Turkse mannen van middelbare leeftijd roken in Nederland het vaakst (63%), gevolgd door Surinaamse mannen en autochtone mannen; Marokkaanse mannen roken het minst vaak.<sup>24</sup> Uit een Amsterdams onderzoek onder mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst blijkt dat sociale druk een grote rol speelt, zoals de wijdverbreide gewoonte sigaretten aan te bieden. De relatie tussen gepercipieerde machteloosheid, stress en roken lijkt bij allochtonen zeker ook een rol te spelen.<sup>25</sup> Allochtonen ervaren motiverende gesprekstechnieken vaak niet als succesvol. Bij dit type interventie worden niet alleen de voordelen van het stoppen met roken benoemd, maar ook de barrières om te kunnen stoppen. De barrières gaan echter op de voorgrond treden, omdat er onvoldoende samen met de allochtone patiënt naar oplossingen hiervoor wordt gezocht. Het kan effectief zijn om gebruik te maken van specifieke waarden zoals die gelden in de gemeenschap. Bij verschillende allochtone groepen heeft individueel stoppen de voorkeur boven het stoppen in groepen, zodat de familie het niet hoeft te weten en men geen gezichtsverlies lijdt als het niet lukt. Voor moslims kan de ramadan een goede aanleiding vormen om te stoppen met roken.<sup>25</sup> In tabel 3 staan de aandachtspunten voor de COPD-zorg bij allochtonen.

#### **[TABEL 3]**

#### **CONCLUSIE**

Om goede zorg te kunnen bieden aan alle patiënten is het belangrijk dat artsen iets weten van de etnische, sociale en culturele aspecten die van invloed zijn op de aard en omvang van chronische ziekten en op de ziektebeleving en behandeling. Niet alleen in Nederland maar ook in andere Europese landen en de VS hebben niet-westerse allochtonen en etnische minderheden vaker diabetes mellitus en hart- en vaatziekten dan de autochtone bevolking.<sup>26</sup> Allochtonen lijken minder vaak COPD te hebben, maar mogelijk is hier sprake van onderdiagnostiek. Hoewel de diversiteit onder niet-westerse allochtonen groot is, is er een aantal aandachtspunten en aanbevelingen voor bepaalde bevolkingsgroepen die van belang zijn voor een goede behandeling.

#### LEERPUNTEN

Bepaal driejaarlijks de bloedglucosewaarde bij diabetespatiënten van Hindostaanse afkomst ouder dan 35 jaar, en van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst ouder dan 45 jaar.

Omdat Surinamers op jongere leeftijd hart- en vaatziekten krijgen is het nuttig eerder een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen.

Meet bij patiënten van West-Afrikaanse afkomst de bloeddruk vaker en op jongere leeftijd, en adviseer zoutrestrictie. De behandeling van eerste keus zijn diuretica of calciumantagonisten.

Turkse mannen roken het vaakst en de prevalentie van COPD is ook het hoogst onder deze groep. Voor moslims kan de ramadan een goede aanleiding zijn te stoppen met roken.

Bepaalde opvattingen over ziekte en behandeling, of gebrek aan sociale steun, kunnen patiënten belemmeren adviezen over medicatiegebruik en leefstijl op te volgen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: formulieren met belangenverklaringen zijn beschikbaar bij dit artikel op <http://www.ntvg.nl/> (zoeken op A5669; klik op 'Belangenverstrengeling'). Financiële ondersteuning voor dit artikel: L.M. Brewster ontving een VENI-fellowship (subsidienummer: 916.10.156) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, als onderdeel van de Vernieuwingsimpuls.

#### LITERATUUR

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;6:78-83 Medline.

Rutten GEHM, de Grauw WJC, Nijpels G, et al. NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). *Huisarts Wet*. 2006;49:137-52.

Garduño-Díaz SD, Khokhar S. Prevalence, risk factors and complications associated with type 2 diabetes in migrant South Asians. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28:6-24 Medline. doi:10.1002/dmrr.1219

Ujic-Voortman JK, Schram MT, Jacobs-van der Bruggen MA, Verhoeff AP, Baan CA. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Eur J Public Health*. 2009;19:511-5 Medline. doi:10.1093/eurpub/ckp096

Pyykkönen AJ, Rääkkönen K, Tuomi T, Eriksson JG, Groop L, Isomaa B. Stressful life events and the metabolic syndrome. The prevalence, prediction and prevention of diabetes (PPP)-Botnia Study. *Diabetes Care*. 2010;33:378-84 Medline. doi:10.2337/dc09-1027

Lanting LC. Ethnic differences in utilization of an outpatient clinic in the Netherlands: A study of diabetes patients and patients with gastrointestinal symptoms [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2007.

Chandie Shaw PK, Baboe F, van Es LA, et al. South-Asian type 2 diabetic patients have higher incidence and faster progression of renal disease compared with Dutch-European diabetic patients. *Diabetes Care*. 2006;29:1383-5 Medline. doi:10.2337/dc06-0003

Selvin E, Steffes MW, Ballantyne CM, Hoogeveen RC, Coresh J, Brancati FL. Racial differences in glycemic markers: a cross-sectional analysis of community-based data. *Ann Intern Med*. 2011;154:303-9 Medline.

Denktas S. Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands; a comparative study [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2011.

Jansen YJFM, Uitewaal PJM, Wijsman-Grootendorst A, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2011;155:A3117.

- Seeleman C, Essink-Bot ML, Stronks K. Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringsstudie 'etniciteit en gezondheid' voor ZonMw. Amsterdam: AMC, afd. Sociale Geneeskunde; 2008.
- Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD006424 Medline.
- NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). *Huisarts Wet*. 2012;55:14-28.
- Agyemang C, Addo J, Bhopal R, Aikins Ade G, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health*. 2009;5:7 Medline. doi:10.1186/1744-8603-5-7
- Van den Born BJH, Koopmans RP, Groeneveld JO, van Montfrans GA. Ethnic disparities in the incidence, presentation and complications of malignant hypertension. *J Hypertens*. 2006;24:2299-304 Medline. doi:10.1097/01.hjh.0000249710.21146.38
- Agyemang C, Nicolaou M, Boateng L, Dijkshoorn H, van den Born BJH, Stronks K. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Ghanaian population in Amsterdam, the Netherlands: the GHAI study. *Eur J Prev Cardiol* 7 juni 2012 (epub). Medline
- Lewis J, Agodoa L, Cheek D, et al. Comparison of cross-sectional renal function measurements in African Americans with hypertensive nephrosclerosis and of primary formulas to estimate glomerular filtration rate. *Am J Kidney Dis*. 2001;38:744-53 Medline. doi:10.1053/ajkd.2001.27691
- Brewster LM, van Montfrans GA, Kleijnen J. Systematic review: antihypertensive drug therapy in black patients. *Ann Intern Med*. 2004;141:614-27 Medline.
- Vintges MMQ, van den Muijsenbergh METC. Etnische en culturele diversiteit in farmacotherapie. *MFM - Tijdschrift over praktijkgerichte farmacotherapie*. 2012;3:55-6.
- Beune EJA, Haafkens JA, Schuster JS, Bindels PJE. 'Under pressure': how Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. *J Hum Hypertens*. 2006;20:946-55 Medline. doi:10.1038/sj.jhh.1002094
- Uijen AA, Schermer TRJ, van den Hoogen HJM, Mulder J, Zantinge EM, Bottema BJAM. Prevalentie en zorgconsumptie bij astma en COPD in relatie tot etniciteit. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:1157-63 Medline.
- Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95-yr age range: the global lung function 2012 equations. *Eur Respir J*. 2012;40:1324-43 Medline. doi:10.1183/09031936.00080312
- Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-standaard COPD (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2007;50:362-79.
- Nierkens V, de Vries H, Stronks K. Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? *Tob Control*. 2006;15:385-91 Medline. doi:10.1136/tc.2006.014902
- Peters L, Pos S, Bouwens J. Bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau. *Woerden: NIGZ*; 2005.
- Uiters AH. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands, a comparative study [proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam]. Utrecht: NIVEL; 2007.

TABELLEN

## TABEL 1 Aandachtspunten voor diabeteszorg bij allochtonen

### aandachtspunten

diabetespatiënten van Hindostaanse afkomst hebben vaker cardiovasculaire complicaties, al op jonge leeftijd, en nefropathie en nierfalen

diabetespatiënten van West-Afrikaanse afkomst hebben een verhoogd risico op retinopathie, nefropathie en nierfalen

in het kader van een spreekuurbezoek bepaal driejaarlijks de bloedglucosewaarde bij diabetespatiënten van:

Hindostaanse afkomst > 35 jaar

Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst > 45 jaar

verifieer of er sociale of culturele barrières zijn bij het opvolgen van leefstijladviezen

voorlichting die aansluit bij het niveau en de opvattingen van de patiënt leidt tot betere HbA<sub>1c</sub>-waarden

casemanagement verbetert de uitkomstmaten van de diabetescontrole en verkort de ziekenhuisopnameduur



## **TABEL 2** Aandachtspunten voor hypertensiezorg bij allochtonen

### **aandachtspunten**

patiënten van West-Afrikaanse afkomst hebben een groter risico op orgaanschade en mortaliteit, en hypertensieve nierschade komt bij hen 5-18 maal vaker voor; behandelbeleid:

meet de bloeddruk vaker en op jongere leeftijd

adviseer zoutrestrictie

diuretica of calciumantagonisten zijn de eerstekeusbehandeling

patiënten van Hindostaanse afkomst hebben vaak op jonge leeftijd

(< 50 jaar) hart- en vaatziekten; behandelbeleid:

vraag naar de familieanamnese

bepaal zo nodig op jongere leeftijd het cardiovasculaire risicoprofiel

Turkse mannen hebben vaker hart- en vaatziekten dan autochtone mannen en het risico op overlijden door deze ziekten is groter

## **TABEL 3** Aandachtspunten voor COPD-zorg bij allochtonen

### **aandachtspunten**

de prevalentie van COPD is het hoogst onder mannen van Turkse afkomst van middelbare leeftijd, deze groep rookt ook het vaakst

wees bewust van de mogelijkheid van onderdiagnostiek

sociale druk kan een rol spelen bij roken en bij stoppen met roken,

bijvoorbeeld angst voor gezichtsverlies bij een mislukte poging

de ramadan is een goed moment om een gezonde leefstijl te stimuleren,

zoals stoppen met roken