Barrières en opportuniteiten voor de huisarts in anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond

Anne Christine van den Akker, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. M. Deveugele
Co-promotor: Prof. Dr. P. Decat

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Mei 2016

"Birth control is the first important step a woman must take towards the goal of her freedom. It is the first step she must take to be a man's equal. It is the first step they must both take toward human emancipation" [1]

[1] Margaret Sanger. (1921) Morality and Birth Control

I. Inhoudsopgave

Titelpagina 1

I. Inhoudsopgave 3

II. Abstract 5

III. Verklarende woordenlijst 6

IV. Inleiding 7

A. Introductie 7

B. Keuze van onderwerp 7

C. Praktijkschets 8

V. Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek 8

VI. Literatuurstudie 9

A. Zoekmethode 9

B. Literatuuroverzicht 10

1. Wat is er al bekend over anticonceptiegebruik bij immigranten? 10

2. Wat is er al bekend over de rol van de huisarts in anticonceptiezorg bij migranten? 12

VII. Methode 13

A. Kwantitatief onderzoek met vragenstrookjes 13

1. Rekrutering van deelnemers 13

2. Procedure 13

3. Inhoud van de vragenlijst 14

4. Data-analyse 14

B. Kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews 15

1. Rekrutering 15

2. Procedure 15

3. Data-analyse 15

C. Ethische procedure 16

VIII. Resultaten 16

A. Kwantitatief onderzoek 16

1. Kenmerken van de geïnterviewde deelnemers 19

2. Kwalitatieve data-analyse 20

IX. Discussie 32

X. Zwaktes van het onderzoek 36

XI. Besluit 38

XII. Referentielijst 40

XIII. Bijlagen 42

II. Abstract

Titel: Barrières en opportuniteiten voor de huisarts in anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond.
Hoofdonderzoeker: A.C. van den Akker
Promoter: Prof. Dr. M. Deveugele
Co-promoter: Dr. P. Decat

Introductie
Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie is de toegang tot en het gebruik van anticonceptie een universeel recht van de vrouw, dat kadert binnen de seksuele en reproductieve rechten van de vrouw. Anticonceptie zorgt namelijk voor meer gendergelijkheid, voor meer school- en werkparticipatie en voor minder abortussen onder vrouwen. Voor velen onder ons in Europa lijken deze rechten vanzelfsprekend. Maar is dit wel echt zo? Verschillende factoren blijken namelijk bij te dragen aan een belemmering tot het gebruik van anticonceptie bij vrouwen. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe patiënten met een migratie-achtergrond tegen anticonceptiezorg bij de huisarts aankijken en hoe de huisarts, als sleutelfiguur in anticonceptiezorg, hierop kan inspelen. Wat zijn barrières en wat zijn juist de opportuniteiten?

Methode
Het onderzoek bestond enerzijds uit het registreren en identificeren van patiënten met een migratie-achtergrond door middel van vragenstrookjes, gevolgd door een kwalitatief onderzoek van semigestructureerde interviews van patiënten binnen de huisartsenpraktijk ´Maison Médicale Le 35´. Hieraan vooraf ging een uitgebreide literatuurstudie. De resultaten van de kwalitatieve studie werden na het onderzoek vergeleken met de reeds bestaande literatuur.

Resultaten
Vrouwen die aangeven een anticonceptiemethode te gebruiken, nemen meestal de pil. Kennis over andere soorten anticonceptie is vaak laag. De helft van de vrouwen gebruikt geen enkele vorm van anticonceptie. Anticonceptie bij ongehuwden is een taboeonderwerp binnen culturen waar maagdelijkheid voor het huwelijk belangrijk is en dit vooral bij de ouders. Na het huwelijk is anticonceptie gemakkelijker bespreekbaar, zowel met de ouders als met de huisarts. Patiënten bezoeken de huisarts ongeveer even vaak als de gynaecoloog voor anticonceptiezorg. Vrouwen met een migratie-achtergrond ervaren regelmatig een taalprobleem met de arts en ervaren ook dat de arts hen niet altijd goed begrijpt door cultuurverschillen. Een mannelijke huisarts vormt daarentegen voor de meeste vrouwen geen probleem. De huisarts kan anticonceptiezorg verbeteren door betere informatie te geven aan patiënten tijdens de consultatie en door rekening te houden met (culturele) diversiteit.

Conclusie
Anticonceptie is een zeer belangrijk thema in een samenleving die steeds multicultureler wordt.
Het onderzoek toont dat de huisarts een sleutelrol kan spelen binnen anticonceptiezorg voor patiënten met een migratie-achtergrond, maar dat er nog een groot potentieel voor hem ligt. Een kwalitatieve anticonceptiezorg houdt rekening met de culturele en etnische diversiteit van patiënten. Laagdrempeligheid van de eerstelijnszorg is een belangrijke randvoorwaarde.

III. Verklarende woordenlijst

- Anticonceptie

Onder anticonceptie worden alle methoden verstaan die gebruikt worden voor het voorkomen van zwangerschap. De volgende methoden worden in de thesis genoemd: de pil, het spiraaltje, de anticonceptiepatch, het hormonaal implantaat, de prikpil, sterilisatie, de vaginale anticonceptiering. Natuurlijke anticonceptie zoals coïtus interruptus of de kalendermethode wordt ook gebruikt.

- Anticonceptiezorg

Met anticonceptiezorg wordt bedoeld de zorgen die gezondheidswerkers zoals huisartsen of gynaecologen leveren rondom het thema van anticonceptie. Dit houdt zowel het promoten van, als het voorschrijven van, maar ook de opvolging van anticonceptieve methoden in.

- Cultuursensitieve zorg

Onder cultuursensitieve zorg wordt zorg verstaan die rekening houdt met etnische en culturele diversiteit. Naast de lichamelijke, sociale en psychische dimensie wordt ook rekening gehouden met de culturele component van gezondheid.

- HAIO

Huisarts in opleiding

- Patiënten met een migratie-achtergrond

De term ‘patiënt met een migratie-achtergrond’ wordt in deze thesis gebruikt voor een persoon die de huisartsenpraktijk consulteert en die eerste-, tweede- of derdegraads immigrant is uit een land buiten de Europese Unie. Soms wordt in deze uiteenzetting ook gemakshalve het woord allochtoon of immigrant gebruikt.

- WGO

Wereldgezondheidsorganisatie

IV. Inleiding

A. Introductie

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie is de toegang tot en het gebruik van anticonceptie een universeel recht van de vrouw, dat kadert binnen de seksuele en reproductieve rechten van de vrouw. (1) Ook de Europese commissie voor rechten van de vrouw en gendergelijkheid merkt op dat het zowel voor de persoonlijke, sociale als de economische ontwikkeling zeer belangrijk is dat vrouwen vrij kunnen kiezen over het al dan niet krijgen van kinderen. Anticonceptie zorgt namelijk voor meer gendergelijkheid, voor meer school- en werkparticipatie en voor minder abortussen onder vrouwen.(2) Hiervoor is een vrije toegang tot informatie over en toepassing van anticonceptieve methoden nodig, iets wat volgens de WGO van cruciaal belang is indien vrouwen autonoom willen zijn in familie planning en de keuze tot reproductie.(1)

Voor velen in Europa lijken deze rechten vanzelfsprekend. Maar is dit wel echt zo? Verschillende factoren blijken namelijk ook in Europa een negatief effect te hebben op het gebruik van anticonceptie bij vrouwen, waaronder genderongelijkheid, negatieve sociale druk en armoede, waarbij er de laatste jaren een echte feminisatie van armoede aan het optreden is.(2,7)

Het gebruik van anticonceptie in ons land blijkt lager te zijn in groepen met een lage sociaaleconomische situatie en bij etnische minderheden. Etnische minderheden blijken bij voorbaat een slechtere subjectieve gezondheid te hebben.(9) Daarbij zouden deze twee determinanten aanleiding geven tot een eerder ineffectief anticonceptiegebruik en meer ongeplande zwangerschappen.(5) Dit geldt echter ook andersom, namelijk dat ongeplande zwangerschappen leiden tot sociaaleconomische moeilijkheden.(6)

In de stad Brussel, waar een groot deel van de populatie de Belgische nationaliteit niet bezit, wordt dit gegeven nog duidelijker. Uit gezondheidsenquêtes blijkt dat vooral onder Marokkaanse en Turkse personen het gebruik van anticonceptie lager ligt dan in de rest van de populatie.(3) Ook zien we in Brussel het grootste aantal abortussen van België. 24 procent van het totaal aantal abortussen in België vindt plaats in Brussel, waarvan ongeveer 64 procent bij niet-Belgen. In totaal zijn er in Brussel per jaar iets minder dan 5000 uitgevoerde abortussen, waarbij ongeveer 40 procent van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan aangaven geen anticonceptie te gebruiken. (4)

B. Keuze van onderwerp

Als huisarts in opleiding in Schaarbeek word ik dagelijks geconfronteerd met de multiculturele werkelijkheid van de stad Brussel, en meer bepaald, Schaarbeek, waar 33% van de populatie de

Belgische nationaliteit niet bezit. Ik heb gemerkt dat er niet veel vrouwen voor anticonceptie in de praktijk kwamen. Wel kwam ik in aanraking met ongeplande zwangerschappen, bij vrouwen die geen anticonceptie gebruikten. Het onderwerp van anticonceptie leek moeilijk bespreekbaar met mijn patiënten. Ook een gebrekkige kennis van het Frans en Nederlands bij mijn patiënten verbeterde deze situatie niet. Ik vroeg mij vervolgens af of ik als huisarts een belangrijkere rol zou kunnen spelen in anticonceptiezorg voor patiënten met een achtergrond van migratie. Ook vanuit het oogpunt van de holistische aanpak van de huisarts, waarin de patiënt in zijn geheel meegewogen wordt, is anticonceptie een belangrijk element.
Uit de introductie volgt tevens dat anticonceptie een belangrijke schakel is op weg naar gendergelijkheid, een thema waar ik mij erg voor interesseer en ook voor wil inzetten.

C. Praktijkschets

De praktijk waarin het onderzoek plaatsvindt, 'Maison Médicale Le 35' is Franstalig en is niet ver gelegen van het Noordstation van Brussel. De praktijk kent derhalve een zeer diverse en multiculturele populatie, waarbij de grootste groep bestaat uit mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. De laatste jaren zijn er echter meer en meer personen uit Oost-Europa, Afrika en het Midden-Oosten in de buurt komen wonen. Veel mensen in de directe omgeving van de praktijk zijn ingeschreven bij het OCMW. Bij acht op de 10 patiënten wordt de derdebetalersregeling toegepast. De praktijk telt een kleine 10.000 consultaties per jaar en heeft ongeveer 4000 vast ingeschreven patiënten. De praktijk werkt met drie vast aangestelde huisartsen en een HAIO. Daarbuiten is er een kinésitherapeut, een pedopsychiater, twee sociaal werkers en een diëtiste. In het complex is er verder ook een team dat zich bezighoudt met activiteiten voor kinderen uit de buurt. Ook voor kansarme vrouwen bestaan er initiatieven, zoals een fietscursus, kooklessen enzovoort.

V. Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek

Wat zijn de barrières en opportuniteiten voor de huisarts in de anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond? Anticonceptiezorg is, zoals beschreven in de inleiding, zeer belangrijk om vrouwen zowel op medisch, maar ook in sociaaleconomisch opzicht optimaal te kunnen helpen. De huisarts speelt een sleutelrol in deze zorg, omdat hij het voordeel heeft dicht bij de patiënt te staan.(10) Het doel van dit onderzoek is daarom om na te gaan waar de moeilijkheden in anticonceptiezorg bij de huisarts liggen en hoe deze kunnen worden aangepakt. Hiermee hoopt dit

onderzoek te kunnen bijdragen aan een verbeterde eerstelijnszorg voor anticonceptie en familieplanning voor patiënten met een migratie-achtergrond.

VI. Literatuurstudie

A. Zoekmethode

De literatuurstudie werd uitgevoerd door de onderzoeker na het formuleren van de onderzoeksvraag en voordat de interviews werden afgenomen. Met behulp van de resultaten van de studie kon vervolgens een beeld gevormd worden van wat er al bekend was over anticonceptiegebruik bij mensen met een migratie-achtergrond en de rol van de huisarts. Met die voorkennis kon de onderzoeker zich nadien beter inleven in de interviews en thema's aansnijden waar in de literatuur weinig over werd gevonden.

In de zoekactie werd voornamelijk gebruik gemaakt van secundaire bronnen via databanken zoals Pubmed en het Web of Knowledge, aangezien de quaternaire bronnen, zoals de richtlijnen, en tertiaire bronnen, zoals Minerva, weinig tot geen resultaten opleverden.

Als Mesh-termen in Pubmed werden 'anticonceptie' en/of 'contraceptie' en/of 'familie planning' gecombineerd met de termen 'immigranten' en/of 'allochtonen' en met 'huisarts'. Dit werd zowel in het Nederlands als in het Engels uitgevoerd.

De MesH termen ´contraception´ AND ´immigrants´ leverde 157 resultaten op, waarvan uiteindelijk acht artikelen werden weerhouden. Ten slotte gaven de MesH termen ´Family planning´ AND ´immigrants´ nog eens 222 resultaten op, waarvan er vier weerhouden werden. Deze termen werden nadien gecombineerd met de term ´General Practitioner´ en ´Family doctor´, waarmee uiteindelijk nog twee artikelen werden geïncludeerd.

Om meer en bredere informatie te vinden over dit onderwerp werd gebruik gemaakt van de zoekmachine Google Scholar. Ook werd gezocht via bibliotheken van verschillende universiteiten naar masterthesissen of doctoraten die een overeenkomst vertoonden met mijn onderzoeksonderwerp. Daarnaast vormden specifieke websites, zoals bijvoorbeeld Sensoa en de Wereld gezondheidsorganisatie (WGO), een bron van statistiek en van aanvullende informatie.

Via gespecialiseerde tijdschriften, voornamelijk gynaecologische, maar ook socioculturele tijdschriften werden verdere referenties gevonden. Enkele primaire bronnen, bijvoorbeeld gezondheidsenquêtes in de stad Brussel, werden ook in de studie meegenomen.

De zoekcriteria werden verder gespecificeerd door alle publicaties van voor het jaar 2000 te negeren. Publicaties uit alle westerse landen werden geaccepteerd.

B. Literatuuroverzicht

1. Wat is er al bekend over anticonceptiegebruik bij immigranten?

Immigranten in westerse landen blijken minder of minder consistent gebruik te maken van anticonceptie dan hun autochtone landgenoten, zo blijkt onder andere uit onderzoek in Noorwegen, waarbij autochtone Noren veel vaker (38%) gebruik maken van hormonale anticonceptie dan immigranten(15-24%). Ook onderzoek uit de Verenigde staten, Australië en Europa toont dezelfde trend.(17,22,23) Ellen Wiebe (2013) kwam in Canada tot dezelfde conclusie en vond tevens dat immigrante vrouwen minder kennis hebben van de meer efficiënte vormen van anticonceptie, zoals het spiraaltje. De Canadezen zijn daarbij één van de weinige landen die een klinische richtlijn hebben opgesteld over ´Women´s Health´ voor immigranten en vluchtelingen, waarin een deel van de richtlijn zich focust op anticonceptie. (Kevin Pottie, 2011).

Dit **verminderd anticonceptiegebruik** resulteert in een relatief hoger percentage **abortussen** onder deze bevolkingsgroep volgens Zweeds onderzoek.(Lotti Helström, 2006) In Italië werd in 2014 door Lauria (36) zelfs een abortuscijfer van 24,1 op 1000 zwangerschappen gevonden bij de immigrante bevolking, tegen maar 6,6 op 1000 voor Italianen zonder migratie-achtergrond. Ook is het opmerkelijk dat de helft van de immigranten die een abortus aanvragen, geen anticonceptie gebruiken (15). Arme en laaggeschoolde vrouwen zouden hiervoor het meest gevoelig zijn. Ongeveer 24,5 procent van de vrouwen die een abortus ondergingen gaven aan dat het moeilijk voor hen was, om aan anticonceptie te geraken voor de zwangerschap, wat tegenover 15 procent staat in de autochtone populatie. Wel toont Wilson in een onderzoek onder Spaanstalige Amerikanen in de Verenigde Staten aan dat anticonceptiegebruik stijgt en ongewenste zwangerschappen dalen bij immigranten van tweede of derde generatie. (19)

Wat is de oorzaak van het ondergebruik van anticonceptiva onder immigranten ten opzichte van autochtonen? Veel onderzoekers hebben geschreven dat het een complex **multifactorieel** gegeven is, een ingewikkeld thema, zeker omdat ‘de’ immigrant niet bestaat: elke persoon is uniek en verschillende culturen en invloeden zorgen dat een universele aanpak niet bestaat, zo volgt uit onderzoek in Spanje en Canada. (25, 31) Opvallend is dat anticonceptiegebruik positief gelinkt is aan het scholingsniveau van de persoon en een langer verblijf in het land van immigratie.(15)

Indien immigrante vrouwen wel gebruik maken van anticonceptieve methodes, blijkt dat dit gebruik vaker **inconsistent** is ten opzichte van autochtone vrouwen en dit voornamelijk bij vrouwen die al meerdere kinderen hebben.(14)

De eerste drie maanden na aankomst in een nieuw land zijn immigranten, volgens onderzoek van Kevin Pottie (16) het meeste at-risk om zwanger te worden. Een vroege interventie door middel van educatie en informatie over reproductieve gezondheid zou daarom aangewezen kunnen zijn. (15)

Er zijn diverse verklaringen te vinden voor het lagere gebruik van anticonceptiva bij immigranten. Bijvoorbeeld het feit dat immigrante vrouwen vaak een gebrekkige kennis hebben van de lokale taal en van de gezondheidszorg in het nieuwe land zoals Claire Rogers & Jaya Earnest (2014) aantonen in een studie over Afrikaanse immigranten in Australië (22). Een onderzoek uit Noorwegen laat zien dat dokterspraktijken aldaar niet voldoende toegankelijk zijn voor anderssprekende patiënten en dat de zorgsystemen weinig aangepast zijn aan de behoeften van allochtone vrouwen. (20) Het lijkt ook moeilijk voor artsen om hun allochtone patiënten goed te kunnen helpen, omdat ze vaak de culturele context niet begrijpen. Hierdoor zouden geïmmigreerde patiënten vaak het gevoel hebben dat deze culturele determinanten genegeerd worden door hun arts.(22)

Voor getrouwde vrouwen lijkt het meestal geen probleem om anticonceptie te gebruiken voor het reguleren van het aantal zwangerschappen en dit gegeven geldt voor vrouwen uit de meeste culturen. (16) Ongetrouwde, jonge vrouwen, ervaren echter meer moeilijkheden met het gebruik van anticonceptie, omdat seksualiteit en anticonceptiegebruik vóór het huwelijk in de cultuur van herkomst vaak een **taboe**onderwerp is. Hierdoor bestaat er weinig tot geen mogelijkheid voor hen om over deze thematiek te praten. Jongeren ondervinden soms ook een drempel om voor anticonceptie naar een arts te gaan, omdat ze bang zijn dat de informatie bekend wordt bij hun ouders.(22) De bron van informatie die vaak gebruik wordt door jonge immigranten, is hun sociale netwerk, waardoor informatie meestal onvolledig of incorrect is.(15)

Anticonceptie op zich is vaak ook onderhevig aan vooroordelen of **bijgeloof**, zoals dat het ongezond zou zijn om geen menstruaties meer te hebben, of dat het langdurig innemen van de anticonceptiepil zorgt voor een verminderde vruchtbaarheid.(22) **Lage kennis** over anticonceptieve methoden bij jonge vrouwen komt vaker voor binnen culturen waar seks voor het huwelijk taboe is.(14, 16) Het verschil in kennis tussen de immigrante en autochtone bevolking is echter niet groot genoeg om het ondergebruik van anticonceptie volledig te verklaren. Er spelen andere factoren mee.(17)

Als laatste blijkt dat er vaak sprake is van een **genderkwestie**, waarbij de partner soms tegen het gebruik van anticonceptie is of zich juist absoluut niet bemoeit met het onderwerp. Beide situaties zijn complicerende factoren voor een optimaal anticonceptiegebruik bij de vrouw.(27)

Verder wordt vermeld dat niet alle soorten anticonceptie vergoed worden door de zorgverzekering en dit een **financiële barrière** tot gevolg heeft.(32)

Factoren die gepaard gaan met méér gebruik van anticonceptieve methoden zijn een langer verblijf in het land van residentie, een hogere opleiding of professionele carrière en het hebben van oudere kinderen.(23)

Het lijkt dus aannemelijk dat er onder de immigrante populatie in vele landen minder gebruik wordt gemaakt van anticonceptie dan bij de autochtone populatie en dat uit dit gedrag vaker ongewenste zwangerschappen ontstaan. Uit de literatuur komt naar voren dat hiervoor diverse factoren verantwoordelijk zijn. Er zijn niet alleen culturele factoren, maar ook de sociale context waarin migranten leven is bepalend. Daarnaast zijn er ook artsgebonden factoren die leiden tot een minder optimale anticonceptiezorg voor immigranten.

2. Wat is er al bekend over de rol van de huisarts in anticonceptiezorg bij migranten?

Over de specifieke rol van de huisarts in anticonceptiezorg bij immigranten is weinig te vinden in de literatuur. In de beschikbare informatie, gaat voornamelijk over gezondheidswerkers in het algemeen, voor wie het woord ´artsen´ wordt gebruikt in publicaties.

Verlinde schreef in 2012 in haar thesis, net als Starfield in 2005 en Norbury in 2011, dat de eerstelijnszorg van groot belang is om ongelijkheden in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen aan te pakken.(8,10,11)

In een onderzoek uit Australië bij jonge Afrikaanse moeders, gaf 55 procent van de ondervraagden aan voor anticonceptiezorg de huisarts te bezoeken.(22) Volgens Van den Muijsenbergh (30) en anderen speelt de huisarts een centrale rol in deze zorg en een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wordt als cruciaal omschreven.(15,30,31) Barrières die genoemd worden door patiënten om een arts te bezoeken zijn **taalproblemen**, waarbij sommigen vinden dat de arts te moeilijke woorden gebruikt in zijn uitleg. De patiënte ervaart vaak ook dat de arts haar niet begrijpt.(22). Ook mannelijke artsen vormen voor sommigen een probleem, maar lang niet voor iedereen.

Artsen geven zelf ook aan dat goede zorg leveren niet eenvoudig is, vanwege dezelfde taalbarrières en culturele verschillen tussen arts en patiënt. Daarnaast spelen er vaak genderkwesties mee, waardoor de patiënte soms niet open staat voor de aangeboden zorg.(20) De arts heeft tevens weinig tijd tot zijn beschikking om uitgebreide informatie te verstrekken.

Verschillende organisaties en overheidsinitiatieven proberen communicatie- en andere problemen op te lossen door het ontwikkelen van tools voor patiënt en huisarts. Denk hierbij aan de Koning Boudewijn stichting, die alle hulpmiddelen heeft gepubliceerd om de communicatie tussen arts en allochtone patiënt te verbeteren. (12) Ook websites zoals www.huisarts-migrant.nl proberen de huisarts een leidraad te geven. (34) Initiatieven voor patiënten over anticonceptie zijn bijvoorbeeld websites als Sensoa, die informatie over anticonceptie combineren met informatie over seksualiteit.

Een recent project van onder andere Sensoa is de website www.zanzu.be, waar uitgebreide informatie gevonden kan worden in vele talen, waaronder het Turks en Marokkaans.
Vele factoren dragen kortom bij aan de moeilijkheden die een huisarts kan tegenkomen bij het zorgen voor patiënten met een migratie-achtergrond. Toch zijn er al heel wat projecten gelanceerd om de huisarts en de patiënt te helpen. Wat kan de huisarts nog meer doen om anticonceptiezorg te verbeteren volgens patiënten van de Maison Médicale praktijk in Schaarbeek?

VII. Methode

Het onderzoek bestond enerzijds uit het registreren en identificeren van patiënten gevolgd door een kwalitatief onderzoek van semigestructureerde interviews van patiënten met een migratie-achtergrond binnen de huisartsenpraktijk.

A. Kwantitatief onderzoek met vragenstrookjes

1. Rekrutering van deelnemers

Aan de hand van een registratie (bijlage 1) die acht weken duurde, namelijk van 1 juli 2015 tot en met 30 augustus 2015, werd er getracht na te gaan hoeveel vrouwelijke patiënten tussen de 18 en de 50 jaar met een migratie-achtergrond anticonceptie gebruikten en welke soort anticonceptie zij gekozen hadden. De vier huisartsen in de praktijk hebben deze registratieformulieren na elke consultatie aan vrouwelijke patiënten met een migratie-achtergrond uitgedeeld en hen gevraagd deze in te vullen. Het invullen was volledig vrijwillig en weigering was dan ook te allen tijde mogelijk. De patiënten kregen een korte inleiding van de arts ter verduidelijking van het formulier. Patiënten die moeilijkheden ondervonden met betrekking tot de taal, zowel lezen als schrijven, konden worden bijgestaan door de praktijkassistentes. Zij spreken Turks, Frans, Bulgaars en Arabisch en konden helpen met vertalen.
Patiënten die voor een tweede keer de praktijk consulteerden binnen de acht weken van registratie, werden uit het onderzoek geëxcludeerd.

2. Procedure

De inclusieperiode was initieel een maand. Omdat het echter tijdens de zomermaanden rustig bleek in de praktijk, werd deze periode nog eens verlengd met vier weken. In totaal werd gedurende acht

weken door artsen en onthaalmedewerkers na de consultatie invulformulieren uitgedeeld aan alle vrouwen met een migratie-achtergrond van tussen de 18 en 50 jaar. Dit gebeurde altijd na de consultatie, zodat er geen interferentie van het onderzoek met de consultatie zou zijn. De patiënten werd een korte introductie gegeven in het onderzoek, waarin altijd werd vermeld dat invullen van het strookje een vrijwillige keuze was en weigeren altijd mogelijk was. Ook werd kort uitgelegd waar het onderzoek voor diende en dat gegevens van patiënten anoniem verwerkt zouden worden. In de wachtzaal werd tevens een informatiebrief opgehangen, waarin de details van het onderzoek nog verder werden uiteengezet. (Bijlage 4)

Daarna mocht de patiënt de invulstrook zelf invullen en eventueel ervoor kiezen om dit samen met een arts of onthaalmedewerker te doen, indien bijvoorbeeld de kennis van het Frans of Nederlands ontoereikend was. De strookjes werden na invullen in een afgesloten bruine doos gedeponeerd en elke week werden de strookjes geteld en de resultaten ingevoerd in een Microsoft Excel-bestand.

3. Inhoud van de vragenlijst

Het invulstrookje bestond uit vijf vragen (Zie bijlage 1); het land van origine, de leeftijd, het al dan niet gebruik van anticonceptie, of de huisarts een rol speelde bij de opvolging en/of keuze van anticonceptie en of de patiënt nadien gecontacteerd mocht worden voor een één-op-één interview. Indien de patiënt ervoor koos om gecontacteerd te mogen worden, werd gevraagd naar de naam en het telefoonnummer.

4. Data-analyse

Na de periode van acht weken werden alle vragenstrookjes verzameld door de onderzoeker en de resultaten systematisch ingevoerd in een Microsoft Excel-bestand. Met behulp van Excel werden de antwoorden van de deelnemers op de vijf verschillende vragen van de vragenlijst bijgehouden en nadien werd hieruit een selectie gemaakt van deelnemers die gecontacteerd konden worden voor een diepte-interview.

B. Kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews

1. Rekrutering

Patiënten die op het invulstrookje hadden aangegeven gecontacteerd te mogen worden voor een diepte-interview werden in Excel gesorteerd op land van herkomst, leeftijd en het gebruik van anticonceptie. De leeftijdsgroep werd verdeeld in drie groepen, 18 tot 25 jaar, 26 tot 35 jaar en 36 tot 50 jaar. Uit elke groep werd getracht evenveel patiënten te interviewen. Daarnaast werd rekening gehouden met de nationaliteit van de patiënten en het al dan niet gebruik van anticonceptie. Hiermee werd getracht een zo groot mogelijke variatie van deelnemers te verkrijgen. Patiënten werden vervolgens telefonisch gecontacteerd. Interviews konden zowel bij de patiënt thuis als in de huisartspraktijk plaatsvinden, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.

2. Procedure

Na schriftelijke toestemming van de patiënt aan de hand van een ´informed consent´ (Bijlage 3) werd een semigestructureerd interview van ongeveer 30 minuten met behulp van een topic list afgenomen. De vragen van dit interview werden opgesteld met behulp van informatie uit bestaande literatuur. (Zie bijlage 2) De interviewvragen werden afzonderlijk voorgelegd aan een praktijkassistente, een huisarts, de promoter en een persoon zonder enige medische kennis. Hierbij werden sommige vragen aangepast of geschrapt en andere vragen toegevoegd.

Er werd nadien een proefinterview georganiseerd met een ‘proefpatiënte’, waarbij de onderzoeker zijn interview op punt kon stellen en eventuele minder correcte vragen kon aanpassen.

De interviews werden afgenomen tot er saturatie van gegevens optrad. Geschat werd dat hier ongeveer 10 tot 15 interviews voor nodig zouden zijn. In werkelijkheid heeft de onderzoeker 15 interviews afgenomen.

3. Data-analyse

De interviews werden na afname letterlijk getranscribeerd. De kwalitatieve analyse werd gemaakt met behulp van het Software-programma NVIVO, waarmee de teksten gecodeerd konden worden door de onderzoeker. Met de verkregen codes werden verbanden gelegd tussen bepaalde thema’s. De verbanden werden vervolgens getoetst aan reeds bestaande literatuur over het onderwerp.

C. Ethische procedure

Het protocol van het onderzoek werd in april 2015 goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Gent.(bijlage 5) Er werd daarbuiten rekening gehouden met de ethische bekommernissen van de artsen in het wijkgezondheidscentrum, door hen volledig te informeren over het doel en de bestemming van het onderzoek. Voor zowel patiënten als artsen werd voor het afnemen van het interview een 'informed consent' afgenomen (bijlage 4), waarin hun uitdrukkelijke toestemming tot vrijwillige medewerking aan het onderzoek werd vastgelegd. Ook werd er duidelijk verteld door de onderzoeker, dat het de patiënt te allen tijde vrijstond om een vraag niet te beantwoorden of om het onderzoek te beëindigen.

VIII. Resultaten

A. Kwantitatief onderzoek

In totaal werd het invulstrookje ingevuld door 107 patiënten van 15 verschillende nationaliteiten.

- **Land van herkomst**

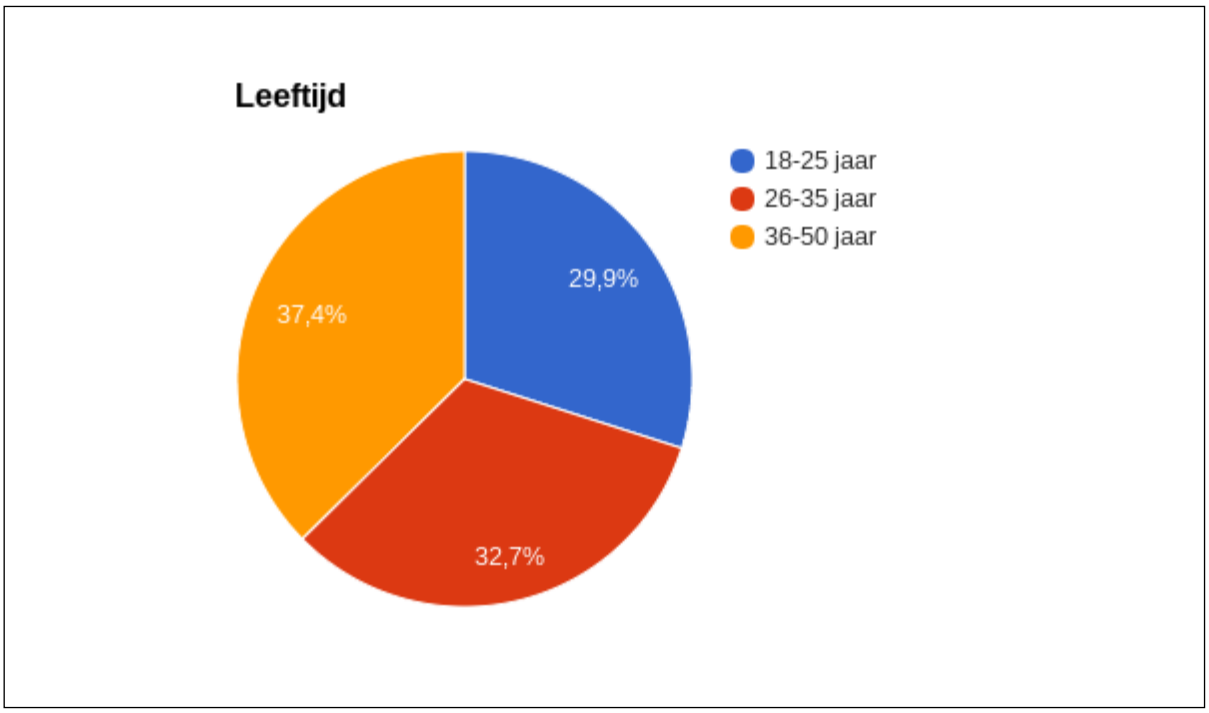
Land van Herkomst	Aantal
Kameroen	5
Marokko	29
Bulgarije	13
Congo	11
Rwanda	4
Pakistan	1
Albanië	2
Nigeria	3
Guinee	7
Macedonië	1
Burundi	2
Chili	1
Afghanistan	1
Turkije	24
Roemenië	3
Total	107

Tabel 1. Aantal ingevulde vragenstrookjes per land van origine

Het merendeel van de vrouwen die een strookje hadden ingevuld waren van Marokkaanse of Turkse achtergrond. Deze resultaten lijken overeenkomstig met de situatie in de wijk van het centrum, waar Turken en Marokkanen de meerderheid onder de immigranten uitmaken.

Van de 107 patiënten die de invulstrook hebben ingevuld, gaven er 64 (59,8%) aan dat ze eventueel gecontacteerd mochten worden voor een diepte-interview. Uiteindelijk werden van deze 64 patiënten 15 geïnterviewd (14,0%).

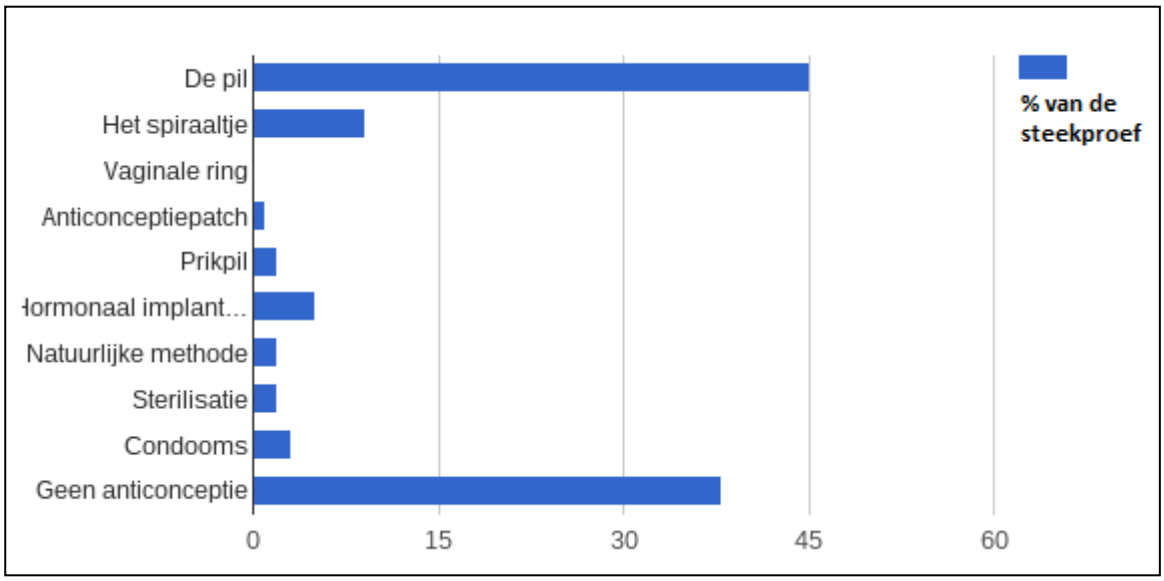
- **Leeftijd van steekproef**



Figuur 1

- **Anticonceptiegebruik**

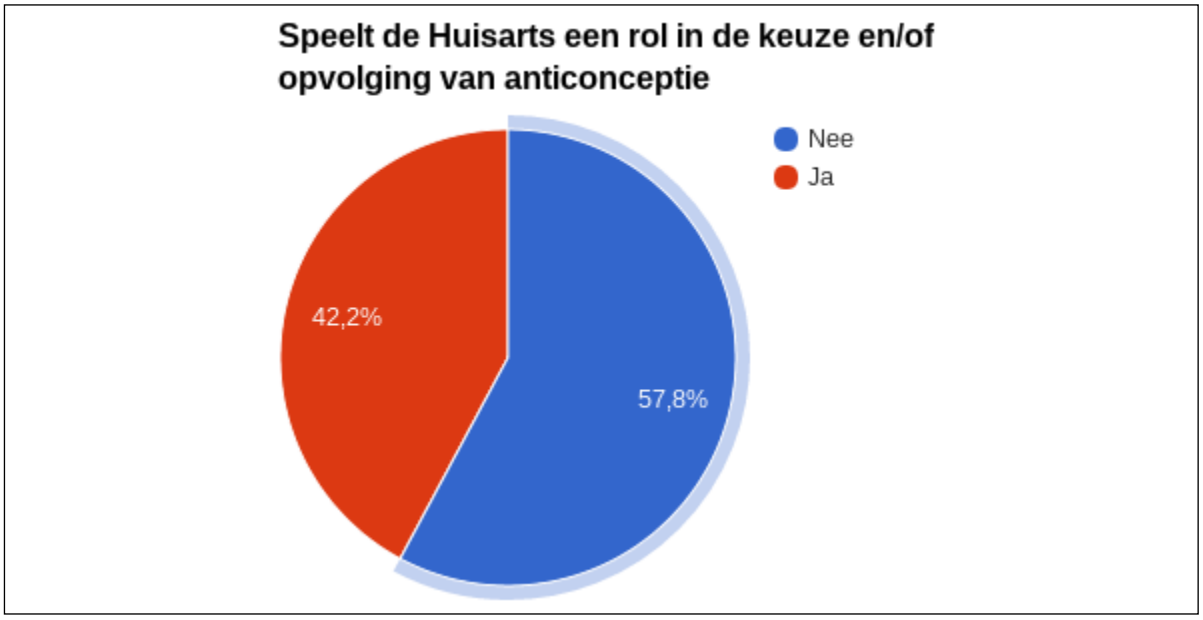
De meest gebruikte anticonceptiemethode was de pil; 45 van de 107 vrouwen gaven aan de pil op dit moment te gebruiken. Daarnaast gaven 38 vrouwen geen enkele vorm van anticonceptie te gebruiken. Het spiraaltje en het hormonaal implantaat werden door 15 vrouwen gebruikt en een enkeling gaf aan condooms, natuurlijke anticonceptiemethodes of de prikpil te verkiezen. Opvallend is dat de vaginale ring door geen enkele vrouw werd aangekruist, evenals de anticonceptiepatch (Evra patch), die door één vrouw werd gebruikt. Twee vrouwen hadden een sterilisatie ondergaan (figuur 2).



Figuur 2

- **Speelt de huisarts een rol in de keuze en/of opvolging van anticonceptie?**

Opvallend is dat op deze vraag veel vrouwen ontkennend antwoorden. Als we in ogenschouw nemen dat 38 van de 107 vrouwen geen enkele vorm van anticonceptie gebruikt, is het logisch om aan te nemen, dat deze vrouwen ook hun huisarts niet belangrijk vinden voor de keuze of de opvolging. 59 van de 107 (55%) vrouwen antwoorden met ´Nee´ op deze vraag, waarvan inderdaad 34 vrouwen op dit moment geen anticonceptie gebruiken. 43 van de 107(40%) vrouwen antwoorden met ´ja´. De overige vijf hebben niet op deze vraag geantwoord.



Figuur 3

B. Kwalitatief onderzoek

Van de 107 patiënten die de invulstrook hebben ingevuld, gaven er 64 (59,8%) aan dat ze eventueel gecontacteerd mochten worden voor een diepte-interview. Uiteindelijk werden van deze 64 patiënten 15 geïnterviewd (14,0%).

1. Kenmerken van de geïnterviewde deelnemers

Er werden 15 vrouwen van negen verschillende etniciteiten geïnterviewd. Er werd bewust gekozen om meerdere vrouwen van Marokkaanse en Turkse afkomst te interviewen, omdat deze twee etniciteiten een meerderheid uitmaakten bij de enquête.

	Leeftijd	Land van herkomst
1	27	Chili
2	26	Guinee
3	46	Marokko
4	36	Turkije
5	31	Marokko
6	20	Albanië
7	22	Marokko
8	25	Rwanda
9	36	Nigeria
10	24	Bulgarije
11	33	Guinee
12	38	Turkije
13	40	Marokko
14	24	Kameroen
15	42	Turkije

Tabel 2. Informatie deelnemers

De leeftijd van de deelnemers varieerde van 20 tot en met 46 jaar. Vijf vrouwen zijn getrouwd, drie gescheiden en zeven vrouwen zijn alleenstaand of hebben een vriend op het moment van het interview. 11 van de 15 vrouwen hebben één of meer kinderen.

Een derde van de participanten is werkloos en afhankelijk van het OCMW, waarvan één vrouw vertelt dat ze in het zwart wat bijwerkt. Zes zijn voltijds of deeltijds werkende en vier vrouwen studeren, waarvan twee dat met werken combineren. Qua opleidingsniveau hebben de meeste vrouwen het secundair onderwijs afgerond. Twee deelnemers genoten enkel primair onderwijs, terwijl vier vrouwen hoger onderwijs gevolgd hebben of nog altijd volgden.

Bij het vragen naar de geloofsovertuiging blijkt de meerderheid Moslim te zijn, namelijk 12 vrouwen. Twee vrouwen zijn Christen en één vrouw hangt geen enkele religie aan.

2. Kwalitatieve data-analyse

- Anticonceptiegebruik en beweegredenen

Bij de vrouwen die anticonceptie gebruiken, blijkt de pil het populairst te zijn. Vijf vrouwen nemen de pil en nog vijf anderen hebben deze vroeger gebruikt. Het spiraaltje wordt door twee vrouwen al gebruikt en één vrouw is gesteriliseerd na een gecompliceerde zwangerschap. Zes deelnemers gebruiken echter geen enkele vorm van anticonceptie. In tabel 3 en 4 staan de redenen voor pilgebruik en voor het niet gebruiken van anticonceptie samengevat.

Redenen voor gebruik van de pil
Gewoonte
Pijnlijke menstruatie
Gemak
Ovariële cystes
Hormonale problemen
Voorkomen van (veel) zwangerschappen
Omdat anderen dat ook nemen

Tabel 3. Redenen voor pilgebruik

De pil wordt vaak verkozen boven andere middelen omdat deze vorm van anticonceptie het meest bekend lijkt bij patiënten.

- *'' Pourquoi avez-vous choisi la pilule? ''*

'' Parce que tout le monde prenait la pilule et j'ai pris aussi, j'ai pas réfléchis à une autre en fait.'' (43- jarige Turkse)

Ook wordt vaak genoemd dat de pil gebruikt wordt voor andere redenen dan anticonceptie, namelijk pijnlijke of onregelmatige menstruatie of ovariële cystes.

Als redenen voor de keuze voor het spiraaltje, wordt door drie vrouwen aangehaald dat ze de pil vaak vergeten en het spiraaltje makkelijker vinden.

In het algemeen vinden vrouwen dat anticonceptie gebruikt wordt om teveel zwangerschappen te voorkomen en een enkele meent dat het kan beschermen tegen seksueel overdraagbare ziekten (**soa's**).

' C'est ça en fait la contraception, c'est de se protéger contre plusieurs grossesses.' (43- jarige Turkse)

Eén vrouw noemt het feit dat de enige vorm van anticonceptie die haar partner niet kan nagaan, de prikpil is en daarom voor deze methode gekozen heeft.

' Et la facilité c'était la piqûre, parce que'il ne voyait pas que c'était dans mon corps'
(36-jarige Turkse)

De zes vrouwen die geen anticonceptie gebruiken, hebben daarvoor verschillende redenen, zoals vermeld in tabel 4. Een vrouw uit Guinee komt met een opvallende reden, namelijk dat ze door de besnijdenis die ze ondergaan heeft, geen zin heeft in seksuele contacten en ook verminderd vruchtbaar is door de genitale verminking.

' C'était au début un peu difficile pour nous, parce que par exemple, moi, j'étais femme excisée. Et chez nous avec l'excision, c'est un peu difficile, quoi. Et voila, donc.'
- *Difficile d'avoir des rapports?*
' Oui. Difficile pour avoir d'envie, d'avoir des rapports, parce que c'est douloureux pour nous.'
(36 jarige Guineese)

Er is verder een vrouw die zegt voorzichtig te zijn tijdens seksueel contact, waarmee ze bij nadere ondervraging bedoelt dat haar vriend niet vaginaal klaarkomt. Dit zou dus eerder ingedeeld kunnen worden onder de natuurlijke anticonceptiemethoden.

Redenen voor het niet gebruiken van anticonceptie
Niet seksueel actief
Geen partner
Kinderwens
Verminderde fertiliteit/ onvruchtbaarheid
Geen interesse in anticonceptie

Tabel 4. Redenen voor niet gebruiken van anticonceptie

- Bespreekbaarheid van het thema anticonceptie

De meeste vrouwen, 11 van de 15 (73%), vinden het thema anticonceptie geen gênant onderwerp, vooral niet met een arts. Vier vrouwen echter zeggen dat ze dit onderwerp voornamelijk vroeger gênant vonden, toen ze jonger waren, uit schroom of uit angst dat de ouders erachter zouden komen indien ze er met iemand over praten.

- Met de huisarts

De meeste vrouwen geven aan dat het spreken over anticonceptie met de huisarts geen probleem vormt. Wel zijn er sommigen die vertellen dat dit niet altijd makkelijk geweest is toen ze jonger waren. De redenen die daarvoor worden aangedragen zijn schroom voor het onderwerp en de angst dat informatie eventueel bij de ouders terecht zou kunnen komen.

¨Avant le mariage, oui, avant le mariage quand je venais, j'avais peur de poser des questions, que ça arrive chez ma mère ou quelque chose comme ça. Mais depuis que je suis mariée, non, ça a changé¨

(22-jarige Marokkaanse)

Voor getrouwde, oudere vrouwen lijkt het onderwerp echter gemakkelijker aan te brengen. Eén jongere vrouw van 20 jaar geeft aan dat haar huisarts nog nooit met haar gepraat heeft over dit onderwerp.

- Met de partner

De partner blijkt in de meerderheid van de gevallen de conversatie aan te gaan over anticonceptie en hiervoor ook open te staan. Enkel bij één van de vrouwen is de partner tegen elke vorm van anticonceptiegebruik. Drie vrouwen vertellen dat hun partner eenvoudigweg niet geïnteresseerd is in het anticonceptiegebruik van de vrouw, omdat de man niet degene is die het moet toepassen.

¨Yes, but he wasn't thinking about all that, because, my first two years with him, I had to go through two abortions, so that was when I realized that he was not thinking about me, but he was just thinking about him¨ (36-jarige Guineese)

De invloed die de partner heeft op het anticonceptiegebruik van de vrouw verschilt van koppel tot koppel. De meeste vrouwen bereiken een overeenkomst met de partner, met een enkele uitzondering. Er is een Marokkaanse deelneemster die vertelt dat als haar man haar vertelde te stoppen met de pil, ze dit gewoon deed om aan hem te gehoorzamen, zonder hier zelf volledig achter te staan. Een andere Turkse vrouw vertelt echter, dat ondanks het feit dat haar man nog kinderen wilde, ze een sterilisatie heeft uitgevoerd.

¨J'ai dit, c'est mon corps. Moi je le porte neuf mois et après c'est moi qui l'accouche, pas toi¨ (43-jarige Turkse)

- Met de ouders

Met de ouders over dit onderwerp praten valt de meeste deelneemsters heel wat zwaarder. Er is één vrouw die in België geboren en getogen is, die zegt dat haar ouders heel open zijn. Ook een Afrikaanse vrouw vertelt dat haar moeder verpleegster is en vroeger voornamelijk heeft gehamerd op het feit dat ze condooms moest gebruiken. De overige vrouwen noemen dit veelal een onderwerp waar niet over wordt gepraat. Het is gewoonweg een onderwerp dat niet aangesneden wordt thuis. Een paar vrouwen zeggen dat dit komt door een generatieverschil, hun ouders zijn vroeger zelf ook niet geïnformeerd. Dit argument wordt tegengesproken door een Turkse vrouw, die vermeldt dat haar moeder perfect op de hoogte is van alle soorten anticonceptie, maar dat er thuis toch niet over werd gesproken. Anderen dragen aan dat het onderwerp voor het huwelijk taboe is, aangezien seks voor het huwelijk niet geaccepteerd is en anticonceptie dus niet nodig zou zijn.
Twee vrouwen vertellen dat vanaf hun verloving de situatie veranderde Zo zegt een Marokkaanse dat haar werd afgeraden de pil te nemen tijdens het huwelijk door haar moeder.

¨ Après, quand j´étais mariée, ma mère, elle m´a dit: si par exemple ton mari te donne la pilule, tu le prends pas! Parce que, elle a peur que je prends la pilule et qu´après je ne tombe plus enceinte¨ (31-jarige Marokkaanse)

Ook komt naar voren in de interviews dat ouders, en veelal de moeders, hun dochters wel vertellen niet teveel met mannen te blijven, maar dat er vaak niet in detail getreden wordt over seks of anticonceptie.

Opvallend is dat met de zussen, tantes en nichtjes in het algemeen wel over dit soort taboeonderwerpen gesproken kan worden.

- Met vrienden

Met vrienden wordt veel gesproken over allerhande onderwerpen en ook over anticonceptie. Er wordt besproken wat voor soort anticonceptiemiddelen er gebruikt worden, onder andere ook de toepassing van de morning-afterpil. Vriendinnen geven elkaar vaak adviezen over wat wel en niet te gebruiken, waardoor ook soms misvattingen over anticonceptie blijven bestaan.

- Met de kinderen

Van de 11 deelneemsters die kinderen hebben, hebben de meesten nog niet met hun kinderen over anticonceptie gesproken. De meesten zijn wel van plan om dit te doen, op een enkeling na.

¨Pour nous, les Marocains, on dit juste: ´Faites attention, reste pas avec quelqu´un juste au moment ou tu vas te marier´ ¨(31 jarige Marokkaanse vrouw)

De vrouw van wie dit citaat afkomstig is, laat zien dat de informatie die besproken wordt met de kinderen vaak niet heel expliciet is.

- Ingeschakelde gezondheidswerkers

Indien vrouwen een gezondheidswerker contacteren voor hun anticonceptiebehoefte, dan worden de **huisarts** en de **gynaecoloog** genoemd. Voornamelijk vrouwen die kinderen hebben, zeggen eerder contact te hebben met een gynaecoloog door de nazorg die wordt geleverd na een bevalling.

Sommige vrouwen denken echter ook dat de gynaecoloog meer gespecialiseerd is in zorg rond anticonceptie dan de huisarts.

¨ *Les trucs des femmes, c´est plus le gynécologue. Quand on a un problème comme ça, c´est plus le gynéco*¨ (24-jarige Kameroenese)

Anderen zeggen dat het eerder een gewoonte is om naar de gynaecoloog te gaan en dat ze eigenlijk nog nooit nagedacht hebben over het feit dat de huisarts dezelfde zorg kan leveren.

¨*Vous ne parlez pas avec votre généraliste, pourquoi pas?*¨
¨*Parce que j´ai jamais pensée, je ne sais pas pourquoi. Ce n´est pas que je ne fais pas confiance, parce que je fais confiance á tout le monde, mais non, je ne sais pas*¨ (27-jarige Chileense)

Een aantal vrouwen zegt dat het voor hen geen verschil maakt om naar de gynaecoloog of naar de huisarts te gaan voor zorg rond anticonceptie.
Opmerkelijk is tevens te vermelden dat er een vrouw is, die denkt dat haar huisarts ook een gynaecoloog is.

Andere gezondheidswerkers die één enkele keer genoemd worden, zijn de **vroedvrouw** en de apotheek.

De **familieplanning** wordt in zes interviews genoemd. Vrouwen lijken voornamelijk op jongere leeftijd naar de familieplanning te gaan, omdat ze daar meer op hun gemak zijn en omdat er laagdrempelig condooms gegeven worden. Ook de morning-afterpil is daar makkelijk verkrijgbaar. Zodra vrouwen getrouwd zijn en kinderen hebben, is de drempel lager om voor anticonceptie naar de huisarts of gynaecoloog te gaan.

- Rol van de huisarts in anticonceptiezorg

Patiënten vinden dat de voornaamste rol van de huisarts het goed **informeren** is van patiënten over anticonceptie. Hiermee bedoelen ze dat de huisarts alle soorten van anticonceptie moet bespreken met de patiënt en de bijwerkingen ook goed moet benoemen. Daarnaast moet de huisarts openstaan om te **luisteren** naar de patiënt en zijn vragen rond anticonceptie, om vervolgens de patiënt te **helpen** om de juiste keuze te maken. Deelneemster vinden het ook de rol van de huisarts om op

individuele basis te besluiten wat het beste soort anticonceptie per patiënte is. Ze verwachten dat de huisarts rekening houdt met hun medische voorgeschiedenis en hen adviseert welke methode van anticonceptie er al dan niet goed voor hen is, ook op de lange termijn. Een enkeling neemt hiervoor het woord **preventie** in de mond, waarbij dan ook het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen wordt genoemd. Twee vrouwen uiten tijdens het interview hun bezorgdheid om kanker te krijgen van de pil.

Een Chileense patiënte vat de rol van de huisarts mooi samen:

¨Le rôle, oulala, nous protéger en fait. Pour nous aider, pour nous protéger, pour nous guider pour faire le bon choix, pour pas avoir des déceptions, et pour pas avoir des maladies, je trouve que c'est juste le rôle de…. prévention et pour nous aider, et de nous envoyer vers les bonnes personnes¨ (24-jarige chileense)

Ook wordt geopperd dat de huisarts de patiënte moet **opvolgen** en eventuele problemen in het gebruik van anticonceptie met de patiënte moet bespreken en aanpakken.

- Barrières in anticonceptiezorg

De meeste patiënten die geïnterviewd zijn, geven aan op dit moment met hun huisarts te kunnen praten over anticonceptie. Dit blijkt niet altijd zo geweest te zijn voor hen. Er is een vrouw uit Marokko die vertelt dat toen ze arriveerde in België op haar 16e, ze niets kende van de taal of de cultuur en zich geen raad wist, waar ze naar een arts kon gaan. Het **taalprobleem** komt daar duidelijk naar voren en dit wordt ook door andere vrouwen bevestigd. De communicatie moet soms via de partner gebeuren.

Ook het **cultuurverschil** tussen patiënt en arts wordt genoemd als obstakel. Er wordt meerdere keren naar voren gebracht dat in de Moslimcultuur het **maagdelijkheidsprincipe** zeer belangrijk is voor het huwelijk. Hierdoor willen moeders niet dat hun dochters voorgelicht worden door een arts, omdat moeders denken dat dit een motivatie voor hun dochters zou kunnen zijn om seksuele contacten te hebben. Andersom durven dochters niet naar de huisarts voor anticonceptie, uit angst dat de ouders hierachter zouden kunnen komen. De angst is veelal niet voor de (huis)arts, maar voor de moeder.

¨Elle doit rester vièrge. C´est vrai qu´il y a des cultures ou çe n´est pas très important, mais chez nous: oui¨ (36-jarige Turkse vrouw)

Dezelfde vrouw brengt naar voren dat het bespreken van anticonceptie met jongeren overeenkomt met het stimuleren van seksuele contacten voor het huwelijk.

¨Et votre famille, elle joue un rôle dans votre contraception? Parlez-vous avec eu de ça?¨
¨ Non.¨
"Même vos frères et soeurs?"
"Non. parce que chez nous on peut pas parler avec les grands de ça."
"Et pourquoi pas?"
"Ben, jamais ma mère elle me peut parler de ça, par exemple, que tu dois utiliser la pilule, parce que avant de marier on ne peut pas tomber enceinte. On ne peut pas avoir des relations, Voila¨ (24-jarige Bulgaarse)

Het onderwerp is hierdoor bij vele vrouwen **taboe**.

" C'est difficile de parler de contraception pour toi?"
" Ça dépend avec qui. Par exemple, chez nous, avec la famille, ce n'est pas possible. c'est un sujet très tabou pour nous, les Musulmanes.
(22-jarige Marokkaanse)

Er wordt niet of nauwelijks over gesproken. Indien er wel over gesproken wordt, dan is dit vaak op negatieve wijze, dat men als vrouw moet oppassen voor relaties met mannen. Voornamelijk tussen ouders en kinderen is anticonceptie en seksualiteit een taboe. Dit is minder het geval bij vriendinnen.

" Ils disent: tu dois pas rester avec les hommes, tu ne dois pas faire quelque chose de mal. C'est quelque chose de mal plutôt que ils disent. Mais ils disent pas directement que c'est pour des rapports. Non. En tout cas, pas à moi, à moi non." (33-jarige Guineese)

Een Turkse moeder van vier kinderen laat mij weten dat bovendien **jonge vrouwen** niet gemakkelijk naar de arts gaan om over anticonceptie te praten, omdat ze **verlegen** zijn. Daarenboven zouden jongeren pas ageren als er zich een probleem voordoet, zoals zwangerschap, waardoor informatie over anticonceptie vaak te laat gegeven wordt.

Twee geïnterviewde vrouwen geven aan dat artsen vaak teveel nadruk leggen op **negatieve feiten**, waardoor de patiënt afgeschrikt wordt.

¨ *Parce que en fait il y a des médecins qui disent, il faut faire attention pour le SIDA, SIDA, SIDA, SIDA… Il faut pas toujours rappeler les gens aux maladies.* ¨ (26-jarige Chileense)

Ingewikkelde woordkeuze door de arts wordt ook als storend ervaren door patiënten. De patiënt durft niet altijd toe te geven dat ze het niet begrepen hebben.
Hier komt dan nog eens bij dat het soms lijkt alsof de arts **weinig tijd** heeft en de patiënt niet altijd al haar vragen kan stellen. De patiënt vertrekt vervolgens uit de consultatie naar huis zonder alles volledig begrepen te hebben.

Een **mannelijke huisarts** lijkt daarentegen geen echte drempel te vormen voor de meeste vrouwen in het anticonceptieconsult, van welke cultuur dan ook. Vrouwen die kinderen hebben gehad, geven aan dat in het ziekenhuis ook vaak mannelijke gynaecologen de bevalling begeleiden en ze er daarom aan gewend zijn geraakt. Anderen zeggen een vrouwelijke huisarts te verkiezen, maar dat uiteindelijk een goede gezondheidszorg boven de keuze voor een mannelijke of vrouwelijke arts gaat. Patiënten willen vooral goed en kwaliteitsvol geholpen worden. Eén patiënt gaat zelfs zover door te zeggen dat mannelijke artsen zachtzinniger omgaan met patiënten dan vrouwelijke artsen, zeker op gynaecologisch vlak.
Sommige vrouwen vinden gebruik van anticonceptie **duur** en zien dit ook als barrière in het gebruik van anticonceptie. Een voorstel wordt gedaan door een vrouw om meer vergoed te krijgen van de mutualiteit.
Indien vrouwen de stap gezet hebben naar bijvoorbeeld het gebruik van de pil, is er voor een enkeling nog de barrière in de **aanschaf** van het product. De aankoop in een apotheek is voor voornamelijk jonge vrouwen problematisch. Een Bulgaars meisje van 20 jaar vertelt dat ze zich scheef voelt aangekeken door Arabische apothekers als ze de pil koopt, omdat ze weet dat in hun cultuur het gebruik niet toegestaan is.

“ Parce que, ici, pour la plupart du temps on est mal vu, parce que, quand on va dans une pharmacie, il n´y a pas des Belges, Il y a que des Arabes et je trouve qu´on est mal vu. Pour la pilule et tout ça.”
(20-jarige Bulgaarse)

Na het huwelijk lijkt de aanschaf van anticonceptie minder een probleem te vormen.

- Kennis en misvattingen over anticonceptie

Tijdens de interviews die worden afgenomen, komen er heel wat **misverstanden** en **vragen** naar boven over anticonceptie, waaruit blijkt dat de vrouwen niet optimaal geïnformeerd zijn over anticonceptie.
Misopvattingen die genoemd worden zijn bijvoorbeeld dat de morning-afterpil een baard zou geven bij vrouwen. Een andere vrouw denkt dat als ze seks heeft in de avond, ze ook haar pil in de avond moet nemen, om zwangerschap te voorkomen.

“ Et je prends le médicament le soir, comme ça, meme si on a des rapports sexuelles, que il n’y a pas de risque de tomber enceinte, parce que le médicament me protège.” (26-jarige Chileense)

Er zijn meerdere deelneemsters die denken dat de pil kanker veroorzaakt en dat het mogelijk is dat je daarna niet meer gemakkelijk zwanger wordt. Deze overtuigingen hebben vrouwen vaak, doordat ze dit van vriendinnen of kennissen of via via gehoord hebben.
Een ander vraagt tijdens het interview of ze de pil haar gehele leven moet nemen en vanaf wanneer jonge meisjes aan de pil moeten.
Er is een Turkse patiënte die ongewenst zwanger is geworden, omdat ze niet op de hoogte was van het feit dat de prikpil maar drie maanden tegen zwangerschap beschermt en niet zes.

Kennis over de verschillende methodes van anticonceptie lijkt vaak incompleet. De meeste vrouwen geven aan goed op de hoogte te zijn van de pil, maar veel minder van andere anticonceptiemethoden.

“ Et pourquoi avez-vous choisi la pilule et pas un autre moyen de contraception? ”
“ C’est ça ce que je connais, je connais pas d'autres choses.” (33-jarige marokkaanse)

- Suggesties voor de huisartspraktijk

Tijdens het afnemen van de interviews, komt er herhaaldelijk naar voren dat voor de vrouwen het heel belangrijk is dat de huisarts hen goed **informeert**. Veel vrouwen zijn niet op de hoogte van vele soorten van anticonceptie en zouden graag meer weten. De deelneemsters zeggen allemaal graag uitvoerig geïnformeerd te worden over welke soorten anticonceptie er bestaan en wat daarvan de bijwerkingen zijn. Ook zijn er meerdere deelneemsters die noemen dat het belangrijk is dat de arts rekening houdt met wat goed is voor hun **gezondheid**, bijvoorbeeld voor hun bloeddruk of voor spataderen.

Vrouwen geven aan dat het beste moment om deze informatie te geven is wanneer de vrouwen daar zelf voor naar de huisarts komen. Indien het gaat om **jongeren**, dan vinden veel vrouwen ook wel dat de huisarts zelf het initiatief kan nemen om het onderwerp bespreekbaar te maken in het kader van 'preventie'. Hiermee bedoelen sommigen dat het goed is om jongeren te informeren over anticonceptie, voordat ze ongewenst zwanger worden.

" Moi en fait, je suis plus pour la prévention, c'est très important. surtout pour les jeunes de maintenant " (42-jarige Turkse)

Desalniettemin zijn er ook vrouwen die vinden dat kinderen juist niet geïnformeerd moeten worden, omdat deze informatie zou aanzetten tot promiscue gedrag.

De manier waarop vrouwen het liefst geïnformeerd worden, is **mondeling** en dit op het moment dat zij daar zelf voor naar de huisarts komen. Daarnaast zijn er enkelen die denken dat **informatiesessies** over anticonceptie buiten de consultatie nuttig zouden zijn om uitleg te geven over de anticonceptie. Vrouwen zien graag informatie in de **wachtzaal**, zoals posters en folders, zodat ze tijdens het wachten al iets kunnen lezen. In de praktijk van de dokter zouden ook **prototypes** van alle soorten anticonceptie, zoals het spiraaltje, gebruikt kunnen worden om beter de werking van elk middel uit te leggen. Meerdere patiënten geven aan dat visueel materiaal behulpzaam kan zijn.

Opvallend is dat veel vrouwen vinden, dat informatie over anticonceptie gegeven moet worden op **school**. Velen hebben de overtuiging dat op deze manier kinderen het meeste leren.

" Oui, mais c'est grâce a l'école. C'est le meilleur manière de communication, c'est là ou ils apprennent le plus." (36-jarige Turkse)

De familieplanning zou eventueel ook ingeschakeld kunnen worden om in scholen langs te gaan.

Ook **de partner** zou moeten worden geïnformeerd vindt een aantal deelneemsters. Dit, omdat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie gedeeld zou moeten zijn en veel mannen eigenlijk weinig tot niets over anticonceptie weten. Er is een Afrikaanse vrouw, die echter wel vertelt dat haar vriend de dagen van haar cyclus telt, omdat hij niet wil dat ze zwanger wordt.

" En fait au milieu des Africains surtout, les hommes ils sont pas trop éduqués sur la sexualité." (26-jarige Guineese)

Om goed te kunnen informeren, is er soms meer **tijd** nodig voor de patiënt, zodat alle methoden besproken kunnen worden.

Twee vrouwen brengen naar voren dat elke vrouw en ieder persoon anders is, dat de één open van geest is en de ander juist niet. Zij vinden dat de arts rekening moet houden met de **diversiteit** van patiënten.
Een Afrikaanse deelneemster geeft aan dat het een persoonlijk onderwerp is en dat de arts dit eigenlijk met de patiënte in kwestie **privé** moet bespreken. Dit zou betekenen dat de partner en eventuele vertalers er niet bij mogen zijn.

" Et peut-être quand il y a des gens qui viennent avec quelqu'un, elle ne veut pas parler devant la personne, parce que la personne n'est pas d'accord pour le faire, il y a tout dans la vie." (33-jarige Guineese)

Om **schroom** bij jongeren weg te nemen om over anticonceptie te praten, is het verstandig om als huisarts zelf het onderwerp aan te snijden, zodat jongeren deze stap zelf niet hoeven te zetten. Een enkele vraag stellen om het onderwerp aan te snijden zou volgens een patiënte al voldoende zijn om de patiënt in kwestie hierover na te laten denken. Indien zij dan nadien geïnteresseerd is, kan ze

eventueel terug komen om hierover te praten. De arts moet proberen goed aan te voelen of de patiënt open staat of niet om over anticonceptie te praten.

" Pour moi, je dis, il faut rester attentive a la disponibilité de la patiente. Quand vous discutez par exemple avec la patiente, il faut voir si elle est ouverte ou pas." (24-jarige Kameroenese)

Er wordt door een andere deelneemster ook nog aangegeven dat het belangrijk is om ouders te stimuleren om met hun kinderen over anticonceptie te praten.

IX. Discussie

Uit de ingevulde vragenstrookjes blijkt dat van de 15 nationaliteiten die deelgenomen hebben, de meerderheid van Marokkaanse of Turkse afkomst is, wat overeenkomt met de demografische verdeling van de wijk. Anticonceptie wordt voornamelijk gebruikt in de vorm van de **pil,** terwijl een aanzienlijk deel van de steekproef geen enkele vorm van anticonceptie gebruikt. Van de 107 vrouwen bij wie een vragenstrookje werd afgenomen, gebruikt ongeveer 42 procent van de vrouwen de pil als anticonceptiemethode, dat is 60,9 procent van de vrouwen die actief een vorm van anticonceptie gebruiken. Het percentage van anticonceptie gebruikende vrouwen dat de pil neemt komt overeen met de gegevens van SENSOA.(35) In de gehele bevolking van België in 2015 werd door 77 procent van de vrouwen die anticonceptie gebruiken de pil genomen. In dit onderzoek ligt dat dus relatief gezien iets lager.

Uit de diepte-interviews, gevoerd met 15 vrouwen van negen verschillende origines, van wie de meerderheid moslim is, blijkt dat patiënten verschillende redenen aandragen om de anticonceptiepil of helemaal geen anticonceptie te gebruiken. Het blijkt dat veel vrouwen die de pil gebruiken, weinig kennis hebben van andere anticonceptiemethodes en de pil dus vaak innemen omdat ze niet weten wat ze anders moeten gebruiken. Uit onderzoek van Amaranta (2014) wordt deze lagere kennis bij immigranten en tieners ook genoemd.(17, 18, 22) Ook wordt de pil regelmatig gebruikt voor organische problemen, zoals ovariële cystes en om acné tegen te gaan. Vrouwen die geen anticonceptie gebruiken zijn vaak weinig of infrequent seksueel actief.

De **kennis** over de verschillende methodes van anticonceptie ligt over het algemeen laag en er bestaan veel **misvattingen** over het gebruik en de bijwerkingen van anticonceptie, iets wat ook blijkt uit de literatuur.(22,25) Dit zorgt soms voor problemen in het gebruik van anticonceptie, voor het stopzetten van de methode, of voor een ongewenste zwangerschap. De manier waarop vrouwen

nadenken over anticonceptie is gebaseerd op het milieu van herkomst en is dus uniek voor elke vrouw, iets wat duidelijk uit de diepte-interviews naar boven komt en zich uit in de vele verschillende antwoorden die volgen op eenzelfde vraag.(25) Om patiënten beter te informeren over anticonceptie, moet de huisarts hiermee rekening houden. Dit geven patiënten zelf ook letterlijk aan als verbeterpunt voor de huisarts.

Vóór het huwelijk is anticonceptie bij de meeste geïnterviewde vrouwen een **taboeonderwerp,** behalve bij een enkeling. Dit blijkt vaker voor te komen in culturen waar het maagdelijkheidsideaal belangrijk is.(14,16) Anticonceptiegebruik is daarom in deze periode ook een gevoelig thema, waarover met de ouders en de huisarts moeilijk gesproken wordt. Vaak is er angst dat informatie via de arts bij de ouders terecht zou kunnen komen. Met tantes, nichtjes, zussen en vrienden praten de meeste vrouwen wel over het gebruik van anticonceptie en seksualiteit en is er weinig schroom. Na het huwelijk is de grootste barrière voor vele vrouwen verdwenen en is het onderwerp beter bespreekbaar. Over het algemeen vinden de deelneemsters anticonceptie geen gênant onderwerp.

De huisarts moet zich realiseren dat ongehuwde vrouwen een kwetsbare groep vormen qua anticonceptiegebruik en hierop inspelen. Om hier daadwerkelijk iets aan te doen, kan hij bijvoorbeeld het onderwerp van anticonceptie zelf aankaarten en bespreekbaar maken met deze vrouwen. Daarnaast zouden informatiesessies over anticonceptie en seksualiteit georganiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld door buurtcentra of door wijkgezondheidscentra. Het is belangrijk om op te merken dat seksuele gezondheid en anticonceptie het best bekeken wordt als een maatschappelijke verantwoordelijkheid waar idealiter meerdere instanties bij betrokken worden, waaronder de overheid, de scholen en natuurlijk de gezondheidszorg. Dit is cruciaal omdat anticonceptiegebruik bij vrouwen met een migratie-achtergrond geen puur medische aangelegenheid is. Een maatschappelijke interventie met behulp van bijvoorbeeld een gezondheidspromotor behoort ook tot de mogelijkheden. De huisarts kan verder families begeleiden in anticonceptiezorg en ouders aanzetten tot een proactieve en niet reactieve houding ten opzichte van de seksuele gezondheid en anticonceptiegebruik van hun kinderen, zo volgt ook uit onderzoek bij jonge Afrikaanse moeders in Australië.(27)

De partner wordt in de meerderheid van de gevallen betrokken in het gesprek over anticonceptie, veel koppels bereiken hierin ook overeenstemming, een minderheid van de partners is niet geïnteresseerd in anticonceptie. Een enkele partner is volledig tégen het gebruik van anticonceptie. Een groot aantal deelneemsters vindt dat het informeren van **mannen** interessant zou zijn, omdat velen weinig tot niets over anticonceptie weten. De huisarts zou op deze wijze kunnen overwegen om in plaats van de vrouw alleen, het koppel samen te zien en de partner te betrekken in het anticonceptiegesprek. Anderzijds moet de huisarts alert zijn op problemen binnen het koppel en in

sommige gevallen de vrouw alleen zien. De rolverdeling van man en vrouw binnen de relatie is vaak grotendeels cultureel bepaald en is voor de huisarts op zich moeilijk te veranderen en zou eerder een maatschappelijke aanpak vereisen. Wel kan de huisarts mannen aanspreken op de gedeelde verantwoordelijkheid van man en vrouw bij anticonceptie en specifieke informatie aan hen geven. Dit zou ook mogelijk zijn aan de hand van informatiesessie in de praktijk. Zo kan hij bewustzijn creëren bij mannen over anticonceptie. Daarnaast kan educatie over seksualiteit en anticonceptie op school een grote rol spelen om jongens vroegtijdig te informeren en te sensibiliseren over dit onderwerp.

Voor anticonceptiezorg schakelen vrouwen het meest de **gynaecoloog** of de **huisarts** in. De gynaecoloog speelt vaak een rol bij vrouwen die kinderen hebben gehad en nazorg geleverd hebben. Een enkeling denkt dat de gynaecoloog meer kennis heeft over anticonceptie. De familieplanning blijkt een gemakkelijk toegankelijk instituut te zijn en dit voornamelijk voor jonge vrouwen, omdat de toegang laagdrempeliger wordt genoemd. Omdat gezondheidssystemen over de gehele wereld verschillen, is het moeilijk om hier in de literatuur studies over terug te vinden. In Nederland, waar de huisarts poortwachter is in de zorgketen, zullen vrouwen automatisch eerst naar de huisarts gaan voordat ze de gynaecoloog kunnen bezoeken en zal de inbreng van de huisarts op het gebied van anticonceptie automatisch groter zijn. In België kunnen patiënten kiezen.

Uit de interviews blijkt dat vrouwen die net arriveren in België, vaak de taal niet machtig zijn en niet op de hoogte zijn van de gezondheidsnetwerken, wat hen beperkt om een huisarts te consulteren. Dit gegeven wordt ook genoemd door Wiebe.(15) De eerste drie maanden na aankomst in een nieuw land zijn immigranten het meeste at-risk om zwanger te worden. Een vroege interventie door middel van educatie en informatie over reproductieve gezondheid zou daarom aangewezen kunnen zijn volgens Kevin Pottie.(16) Ook informatie over de werking van gezondheidssystemen in België zou nuttig kunnen zijn voor vrouwen bij aankomst in het land. De patiënt moet tevens de weg naar de **eerstelijnszorg** kunnen vinden, wat enkel mogelijk is als de gezondheidszorg laagdrempelig is. Het OCMW en sociale regelgevingen zoals het Omnio-statuut zijn hiervoor onmisbaar. Het doet daarnaast nadenken over hoe onze eerstelijnszorg in elkaar steekt. Het verdwijnen van de familieplanning in Vlaanderen kan bijvoorbeeld voor jonge vrouwen, die eerder een beroep doen op deze instantie, een probleem vormen in toegankelijkheid tot anticonceptiezorg.

De **rol van de huisarts** in anticonceptiezorg is volgens de deelneemsters veelal om de patiënt te informeren. Dit woord komt telkens terug en wordt uitgelegd als een gedetailleerd uiteenzetten van welke vormen anticonceptie er bestaan en welke bijwerkingen deze kunnen geven. Dit gebeurt het liefste mondeling tijdens de consultatie. Ook willen patiënten dat de huisarts rekening houdt met gezondheidsfactoren en dat hij patiënten een luisterend oor biedt. Hij gebruikt hierbij het beste

simpele bewoording en informatiemateriaal zoals prototypes van anticonceptie en informatiefolders. De huisarts mag ook zelf het thema anticonceptie aankaarten, zeker bij jonge vrouwen, omdat jongeren hier zelf soms teveel schroom rond voelen. Dit mag dan ook als het consult niet specifiek over anticonceptie gaat. Eventuele informatiesessies, waarin door een arts of een professional over anticonceptie wordt gesproken, worden ook interessant gevonden. Men moet hierbij dan wel rekening houden met het feit dat jongeren tijdens die sessies bang zijn dat oudere vrouwen hen oordelen.

Om deze anticonceptiezorg zo goed mogelijk te organiseren kan de huisarts best cultuursensitief te werk gaan. Dit houdt in dat hij te allen tijde rekening houdt met etnische en culturele diversiteit.(20,22) **Cultuursensitieve zorg** zou idealiter een soort basishouding moeten zijn van de arts, een manier van denken die rekening houdt met etnische en culturele verschillen. Websites zoals www.cultuursensitievezorg.com kunnen de huisarts hierin praktisch bijstaan. Vanuit deze basis kan de huisarts de patiënt vervolgens kwalitatief hoogstaande zorg leveren, door een luisterend oor te bieden, te informeren en aanbevelingen te doen aan zijn patiënten, rekening houdend met de vele factoren die meespelen. Hij moet toetsen of wat hij uitlegt wel begrijpelijk is en eventueel supplementaire hulp inschakelen wanneer dat nodig is. Om de jonge generatie huisartsen dit efficiënt aan te leren, zou in de basisopleiding geneeskunde al aandacht besteed kunnen worden aan het leveren van cultuursensitieve zorg.

Verder zou het doen van een goede follow-up bij vrouwen na opstart van een anticonceptieve methode problemen in het gebruik vroeg signaleren en kan er beter aan preventie gedaan worden.(29)

De huisarts kan dus een centrale rol spelen voor vele vrouwen.(15, 30, 31) Anderzijds geven veel vrouwen in het vragenstrookje aan de huisarts niet in te schakelen voor hun anticonceptiezorg. Dit zijn in ongeveer de helft van de gevallen vrouwen die geen anticonceptie gebruiken. Er bestaat zodoende nog een groot potentieel voor de huisarts.

Concrete **barrières** voor de huisarts in anticonceptiezorg gaan voornamelijk over het feit dat jonge vrouwen voor het huwelijk moeilijk over anticonceptie kunnen praten. Het maagdelijkheidsprincipe speelt in vele culturen een prominente rol en zorgt ervoor dat anticonceptie een taboeonderwerp is in die culturen. Jonge patiënten vertrouwen de arts vaak niet volledig en zijn bang dat persoonlijke informatie wordt verder gespeeld naar derden, waarbij vooral vrees voor de ouders bestaat.

Andere barrières die anticonceptiezorg bemoeilijken zijn het taalprobleem, dat vele patiënten ervaren. Ook het feit dat de huisarts weinig tijd heeft en soms ingewikkelde woorden gebruikt, zijn factoren die meespelen. Patiënten begrijpen niet altijd alles wat de arts zegt en kunnen zich niet goed genoeg uitdrukken bij de arts. Ook in de studie van Claire Rogers (2013) in Australië komt dit

naar voren.(22) Om de taalbarrière te overkomen, zou het een mogelijkheid zijn om informatie in de taal van de patiënt te leveren en gebruik te maken van tolken. Tolken mogen met nadruk niet een bekende van de patiënte zijn, maar moeten professionele en anonieme tolken zijn, liefst met kennis van medische zaken.(24)

Nadruk leggen op negatieve aspecten, zoals bang maken voor soa's, wordt niet gewaardeerd. Als laatste bestaat er een financiële drempel en is de aanschaf van anticonceptie niet voor iedereen eenvoudig.(22)Een mannelijke arts wordt in de meeste gevallen niet als storend ervaren.

Overige barrières zijn de prijs van het product en de aanschaf in de apotheek, wat sommige vrouwen niet gemakkelijk vinden omdat ze het idee hebben beoordeeld te worden door de apothekers.

De arts moet te allen tijde begrijpen dat cultuurgebonden ideeën over anticonceptie bestaan en hierop inspelen. Elke cultuur is anders en per cultuur bestaan verschillende voorkeuren voor bepaalde anticonceptiemethoden. De patiënt wordt het liefst op holistische wijze bekeken, waarbij rekening gehouden wordt met sociaaleconomische, culturele, religieuze en persoonlijke dimensies.(31)

Het is hierbij belangrijk om te onderkennen dat er een groot verschil bestaat tussen migranten van verschillende generaties. Een immigrante van de eerste generatie vereist een geheel andere aanpak in anticonceptiezorg dan een derde generatie immigrante. Vrouwen die net of recentelijk in België zijn aangekomen, zouden baat kunnen hebben bij een vroege interventie en educatie over anticonceptie van gezondheidswerkers, zoals de huisarts, om ongeplande zwangerschappen te voorkomen en de kennis over bestaande zorgsystemen te vergroten. Tweede generatie immigranten kennen andere problemen, zoals de generatiekloof tussen ouders en kinderen. Jonge vrouwen uit culturen waar weinig over seksualiteit gepraat wordt, zullen behoren tot deze categorie en vormen zodoende een kwetsbare groep in anticonceptiezorg, ook al kennen ze misschien de bestaande zorg wel. Derde generatie immigranten zijn vaak grotendeels geïntegreerd in het land van verblijf en zullen zodoende meer gelijkaardige trends vertonen met de autochtone bevolking.

X. Zwaktes van het onderzoek

Tijdens de invulprocedure van de vragenstrookjes kwamen er diverse uitdagingen naar boven. Ten eerste was het taalprobleem een barrière voor vele patiënten, die de vragen op het invulstrookje niet goed begrepen. Ook bleken bepaalde termen zoals 'anticonceptie' te technisch geformuleerd te zijn voor vele mensen en moest deze vraag verder gespecificeerd worden door het te omschrijven met zinnen als: ' wat doet u om niet zwanger te worden'. Door deze problematiek, waren sommige

invulstrookjes niet (volledig) ingevuld en zijn deze niet opgenomen in de resultaten. Ook door het feit dat vrouwen mochten weigeren om het strookje in te vullen is niet de volledige responsratio te achterhalen en kan er een selectiebias gevormd zijn. Het risico is hiermee dat vooral vrouwen die het Frans of Nederlands machtig zijn de strookjes invullen. Getracht is nochtans om zoveel mogelijk vrouwen te helpen het invulstrookje in te laten vullen met behulp van vertalers.

Daarnaast vormt ook het feit dat de patiënten gerekruteerd zijn binnen de huisartspraktijk een selectiebias, omdat deze vrouwen met migratie-achtergrond de weg naar de eerstelijnsgezondheidszorg al hebben gevonden.

Tijdens het afnemen van de interviews was er wederom sprake van een zekere taalproblematiek, waarbij de onderzoeker, zelf Nederlandstalig, interviews afnam bij patiënten die het Frans ook als tweede of derde taal spraken. Als men niet in zijn moedertaal spreekt, kan er sprake zijn van een minder goede en gedetailleerde uitdrukking van gedachten, gevoelens en emoties. Toch werd gekozen om geen professionele vertalers te gebruiken, om de privésfeer tussen de interviewer en de geïnterviewde te waarborgen.

Ten slotte is er sprake van een zeker interviewer bias, aangezien de onderzoeker ten tijde van de interviews zelf als arts werkte in de 'Maison Médicale'. Hierdoor is de neutrale rol van de onderzoeker niet verzekerd. Dit kan een invloed hebben gehad op welke deelnemers geïnterviewd zijn.

XI. Besluit

Dit onderzoek onderzocht wat de barrières en de mogelijkheden zijn voor de huisarts in anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond. Om de seksuele en reproductieve rechten van de vrouw en meer specifiek de vrouw met een migratie-achtergrond te waarborgen en gendergelijkheid te bevorderen, is anticonceptie een cruciaal thema. Ook financieel gezien is anticonceptiezorg een interessant thema voor de maatschappij, omdat een beter anticonceptiegebruik zou kunnen leiden tot minder ongeplande zwangerschappen en abortussen en zodoende leidt tot minder kosten in de gezondheidszorg. Het zorgt tevens voor meer school- en werkparticipatie, waardoor vrouwen economisch gezien meer kunnen bijdragen aan de maatschappij. De huisarts speelt hierin als hulpverlener in de eerstelijnszorg een sleutelrol. Toch blijkt uit het onderzoek dat vele vrouwen aangeven de huisarts niet belangrijk te vinden in de keuze of de opvolging van hun anticonceptie. Hieruit volgt dat er nog een groot potentieel voor de huisarts ligt.

Anticonceptiegebruik bij vrouwen met een migratie-achtergrond is onderhevig aan vele factoren. Zowel culturele, maar ook sociaaleconomische en persoonlijke factoren spelen een rol. De verschillende achtergronden van vrouwen zorgen voor een grote diversiteit in kennis, opvattingen over en gebruik van anticonceptie. Uit het literatuuronderzoek volgt dat de meeste barrières in anticonceptiezorg bij migranten min of meer gekend zijn. In de praktijk blijkt het echter moeilijk om dit aan te pakken, juist omdat anticonceptiegebruik een gegeven is dat door vele factoren wordt beïnvloed. De belangrijkste barrières zijn het taal- en cultuurverschil tussen patiënt en huisarts, waar zowel patiënt als huisarts de dupe van zijn. Jonge, ongetrouwde vrouwen vormen een kwetsbare groep, omdat ze thuis vaak niet over anticonceptie kunnen spreken.

Om de barrières te overkomen moet de eerstelijnszorg gekend zijn bij patiënten en moet de toegang tot zorg laagdrempelig zijn, zodat vrouwen met een migratie-achtergrond gemakkelijk de weg naar hulpverlening kunnen vinden. Zodra een vrouw vervolgens haar weg naar de eerstelijnszorg gevonden heeft, liggen de opportuniteiten voor de huisarts erin om cultuurgevoelig te werk te gaan en om patiënten uitvoerig te informeren. Zijn kracht ligt in zijn vermogen om de patiënt in zijn geheel te beschouwen. Hij kan als geen andere arts de patiënt leren kennen en naast de fysieke, psychologische en sociale dimensie, ook de culturele dimensie mee laten spelen in het anticonceptieconsult. In een multiculturele stad als Brussel, die nog vele migranten zal ontvangen, is dit enorm relevant. Cultuursensitief werken zou dan het beste gezien worden als een basishouding van de arts die kan worden aangeleerd. Zoals Osler al zei in 1904, ¨it is much more important to

know what sort of patient has a disease than what sort of disease a patient has.¨(13) Dit geldt bij uitstek voor patiënten met een migratie-achtergrond. De beste manier voor de huisarts om cultuursensitief te werken, zou een interessant onderwerp zijn voor aanvullend onderzoek.

Verder liggen de opportuniteiten voor de huisarts erin om anticonceptiezorg een maatschappelijk thema te maken door samen te werken met andere instanties zoals scholen, de familieplanning, de overheid en gezondheidspromotoren waardoor interventies op grotere schaal gedaan kunnen worden. Ook betrekt hij liefst de hele familie bij anticonceptiezorg, waarbij de partner niet vergeten wordt. Mannen zouden idealiter beter geïnformeerd worden, zowel vroegtijdig op school als bij de huisarts. De huisarts kan verder ouders stimuleren om anticonceptie bespreekbaar te maken met hun kinderen.

XII. Referentielijst

1. World Health Organization: ensuring human rights within contraceptive programmes (2014). Geraadpleegd op 01.2016 via: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. Reproductive rights are Human rights: A handbook for human rights organisations (2014) Geraadpleegd op 01.2016 via: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf
3. Katia Leveque, Ina Lodewyckx, Steven van den Eede (2006). Gezondheid en Gezondheidszorg bij allochtonen in vlaanderen. Geraadpleegd op 01.2016 via: http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/gezondheidszorg%20kifkif.pdf
4. Ann Buysse, Maya Caen, Alexis Dewaele e.a. (2013) Sexuele gezondheid in Vlaanderen. Geraadpleegd op 01.2016 via http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/4121/basisgegevens-van-de-survey-naar-seksuele-gezondheid-in-vlaanderen.pdf
5. Charles Picavet. (2011) Anticonceptie op maat: achtergronden van anticonceptiekeuzen van jongeren. Tijdschrift voor Seksuologie 35, 64-73.
6. Sarah S. Brown (2008) Looking inward: provider-based barriers to anticonception among teens and young adults. Elsevier: Contraception 78, 355-357.
7. Rys B. (2004) Hoe vrouwelijk is armoede in België en Vlaanderen? Geraadpleegd op 01.2016 via: http://www.rosadoc.be/pdf/factsheets/nr33.pdf
8. Evelyn Verlinde. (2012). Primary health care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences. Ghent University.
9. Van Oyen, H. (2010) Tackling health inequalities in Belgium. Online versie geraadpleegd op 01.2016 via: http://www.belspo.be/belspo/fedra/TA/TA15samenv_nl.pdf
10. Norbury M, Mercer SW, Gillies J, Furler J, Watt GC. (2011) Time to care: tackling health inequalities through primary care. Family Practice; 28: 13.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly; 83: 457502.
12. Carine Vassart (2011) Voor een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine, Koning Boudewijn stichting. Geraadpleegd op 01.2016 via: https://cultuursensitievezorg.files.wordpress.com/2015/07/pub_3187_dialoog.pdf
13. Osler W. Aequanimitas. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
14. Lotti Helström, Catharina Zätterström, and Viveca Odlind. (2006) Abortion Rate and Contraceptive Practices in Immigrant and Swedish Adolescents. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol; 19(3):209-13
15. Ellen Wiebe. (2013) Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. Can Fam Physician 59(10):e451-5
16. Kevin Pottie. (2011) Evidence based guidelines for immigrants and refugees. CMAJ vol. 183 no. 12
17. Craig H.D. (2014) Exploring Young Adults' Contraceptive Knowledge and Attitudes: Disparities by Race/Ethnicity and Age. Womens Health Issues 24(3):e281-9.
18. David M. Borde T. (2000) Knowledge among German and Turkish Women about Specifically Female Bodily Functions, Contraception, Preventative Medical Examinations and Menopause. Ethnic Health 5(2):101-12.
19. Ellen K. Wilson. (2009) Differences in Contraceptive Use Across Generations of Migration Among Women of Mexican Origin. Mat Child Health J. 13(5):641-51.
20. Newbold KB. (2009) Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. Cult Health Sex 11(4):369-82.

21. Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. BJOG 2014;121:1221–1228
22. Rogers C, Earnest J. (2014) A Cross-Generational Study of Contraception and Reproductive Health Among Sudanese and Eritrean Women in Brisbane, Australia. Health care Women Int. 35(3):334-56
23. Carme Saurina. (2012) Factors determining family planning in Catalonia. Sources of inequity. Int J Equity Health; 11: 35
24. Marjorie R. Sable. (2009) Hispanic Immigrant Women Talk About Family Planning. Affilia vol. 24 no. 2 137-151
25. Carmen Alvarez-Nieto. (2015) Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reprod Health; 12: 79
26. Keygnaert, I. (2014) Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. BMC Public Health 1;14:416
27. Mimmie Claudine. (2014) Factors Influencing Contraception Awareness and Use: The Experiences of Young African Australian mothers. Journal of refugee studies. Geraadpleegd op 01.2016 via: http://jrs.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/14/jrs.feu040.abstract
28. P. Rodriguez (2008) Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. Contraception 78; 355–357
29. Frost, JJ. (2007) Factors associated with contraceptive use and non-use. Perspect Sex Reprod Health. ;39(2):90-9.
30. M. van den Muijsenbergh. (2007) Geboorteregeling door allochtone vrouwen. Geraadpleegd op 01.2016 via: https://www.radboudumc.nl/Research/Organisationofresearch/Departments/medischevrouwenstudies/Documents/geboorteregeling%20door%20allochtone%20vrouwen.pdf
31. K. Pottie. (2011) Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. CMAJ. 2011 Sep 6; 183(12): E824–E925
32. Lawrence Leeman. (2007) Medical Barriers to Effective Contraception. Obstet Gynecol Clin N Am 34; 19–29
33. Ine Vanwesenbeeck, Floor Bakker. (2007) Seksuele gezondheid bij volwassen Nederlanders: De belangrijkste resultaten van een nieuwe populatiestudie. Tijdschrift voor Seksuologie (2007) 31, 166-177
34. Hendrickx, Lodewijckx.() Het anticonceptieconsult bij Marokkaanse vrouwen. Geraadpleegd op 02/2016 via: www.huisarts-migrant.nl
35. www.sensoa.be via http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers/page/0/2
36. Laura Lauria, Sarah Donati e.a. (2014) The effect of contraceptive counselling in the pre- and postnatal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. Ann Ist Super Sanità. Vol 50. No.1: 54-61
37. http://www.observatbru.be/documents/graphics/fiches-communales/2010/15_schaarbeek_nl.pdf
38. www.pigmentzorg.be
39. Demografie Brussel. Geraadpleegd op 02/2016 via: http://www.bisa.irisnet.be/bestanden/publicaties/focus-van-het-bisa/FOCUS-3-NL-final.pdf

XIII. Bijlagen

Bijlage 1. Vragenstrookjes

Enquête contraceptie

1. Leeftijd ..... jaar

2. Land van herkomst : …….

3. Gebruikt u een vorm van anticonceptie?
- Ja
- Nee

Indien ja, dewelke?
- De pil
- Het spiraaltje
- Condooms
- Andere …….

4. Speelt uw huisarts een rol in de keuze en/of de opvolging van anticonceptie ?
- Ja
- Nee

5. De onderzoeker mag mij contacteren voor het stellen van bijkomende vragen:
- Ja
- Nee

Mijn naam …….
Telefoonnummer……..

Enquête contraception

1. Âge ……. ans

2. Pays d'origine:……..

3. Utilisez-vous un moyen de contraception?
   - OUI
   - NON

   Si OUI: lequel? ……..
   - La pilule
   - Le stérilet
   - Préservatifs
   - Méthode contraceptive naturelle
   - autre …….

4. Est-ce que votre généraliste joue un rôle dans le choix et/ou suivi de contraception?
   - OUI
   - NON

5. L'enquêteur peut me contacter pour poser des questions supplémentaires:
   - OUI
   - NON

Mon nom ……..
Mon numéro de téléphone ……

Bijlage 2. Interviewvragen

Topic List patiënten

NL

Socio-demografische variabelen

1. Leeftijd
2. Land van herkomst ...
3. Heeft u kinderen?
4. Huwelijkse staat
5. Wat is uw geloofsovertuiging?
6. Wat is uw beroep?
7. Opleidingsniveau

Gebruik van anticonceptie

8. Kunt u wat meer vertellen over uw eigen anticonceptiegebruik
9. Hoe voorkomt u het om zwanger te worden
10. Waarom heeft u voor deze anticonceptievorm of -methode gekozen?
11. Kunt u mij vertellen waarom u geen anticonceptie gebruikt?

Attitude

12. Wat vindt u van het gebruik van anticonceptie in het algemeen?
13. Is uw mening over anticonceptie in de loop der tijd veranderd?
14. Vindt u het moeilijk om over anticonceptie te praten?
15. Voelt u schroom of schaamte om anticonceptie te kopen?

Sociale invloed

16. Hoe staat uw partner tegenover het gebruik van anticonceptie?
17. Kunt u met uw partner over dit onderwerp praten?
18. Welke rol spelen uw familie en vrienden ?

Rol van de huisarts in anticonceptiezorg

19. Hoe zou u de rol van uw huisarts beschrijven in uw keuze voor anticonceptie?
20. Zijn er andere gezondheidswerkers die u bezoekt voor anticonceptiezorg?
21. Hoe vindt u de zorg rond anticonceptie bij uw huisarts?

Barrières

22. Welke moeilijkheden ondervindt u bij uw huisarts om over dit onderwerp te spreken?
23. Hoe verklaart u dit?
24. Zijn er dingen die u graag veranderd zou zien in de zorg rond anticonceptie bij uw huisarts?
25. Zijn er nog andere barrières die anticonceptiezorg bemoeilijken bij de huisarts?
26. Beschikbaarheid: is het moeilijk om aan anticonceptie te geraken?

Opportuniteiten huisarts

27. Op welke manier denkt u dat de huisarts het beste hun patiënten informeren over anticonceptie?

28. Hoe zou hij of zij dit het beste kunnen doen?
29. Heeft u tips voor uw huisarts om dit onderwerp meer bespreekbaar te maken?

FR

Paramètres socio-demographique:

1. Age
2. Pays d'origine
3. État civile
4. Enfants
5. La religion
6. Emploi
7. Niveau scolaire

Utilisation de l'anticonception:

8. Pouvez-vous me parler de votre (moyen de) contraception?
9. Comment évitez-vous de tomber enceinte?
10. Pourquoi avez-vous choisi ce moyen de contraception?
11. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas de contraception?

Attitude face au contraception

12. Que pensez-vous de la contraception?
13. Est-ce que votre avis sur la contraception a changé au cours du temps?
14. Vous sentez vous genée d'achteter un moyen de contraception?
15. Vous sentez vous genée de parler de contraception?

Influence sociale

16. Quelle est l'opinion de votre partenaire à propos de la contraception?
17. Est-ce que vous en parler avec lui?
18. Quel rôle joue votre famille dans votre contraception?
19. Et vos amis?

Role du médecin généraliste dans les soins contraceptifs

20. Comment décririez-vous le rôle de votre généraliste dans votre contraception?
21. Consultez-vous d'autres intervenants médicaux pour votre contraception?
22. Comment trouvez-vous l'accompagnement de la contraception chez votre généraliste?

Barrières

23. Ressentez-vous des difficultés pour parler avec votre médecin généraliste de contraception?
24. Lesquelles?
25. Comment expliquez-vous cela?
26. Que voudriez-vous changer dans l'accompagnement de la contraception chez votre généraliste?
27. Ressentez-vous d'autres difficultés chez le généraliste qui vous empêchent de parler de la contraception?
28. Trouvez-vous difficile d'obtenir votre contraception? (a cause de quoi?)

Opportunités

29. Selon vous, quelle serait, pour le médecin généraliste, la meilleure méthode pour informer ses patients sur la contraception?
30. Selon vous, y-a-t-il d'autres choses que le médecin généraliste pourrait faire pour améliorer ces soins?
31. Avez-vous encore des suggestions pour le médecin généraliste?

Bijlage 3: Informed Consent voor deelnemers aan het diepte-interview

Titel onderzoek: Barrières en opportuniteiten voor de huisarts in anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond

Promotor : Prof. Myriam Vandenveugele
Co-promoter: P. Decat

Beste patiënt,

Ik ben Anne-Christine Van den Akker, Huisarts in opleiding (HAIO)
In het kader van mijn wetenschappelijk werk van een huisarts doe ik onderzoek naar hoe patiënten met een migratie-achtergrond aankijken tegen het gebruik van anticonceptie en hoe de huisarts hierin een rol speelt. Kunnen patiënten gemakkelijk met hun huisarts praten over anticonceptie en familieplanning? Wat zijn hierin moeilijkheden voor patiënten, voor huisartsen en wat kan hieraan verbeterd worden? Op deze vragen zal ik trachten antwoorden te formuleren door het opzetten van deze studie.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.
Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan anderen bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
Ik begrijp dat geluidsmateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.
Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.
Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..……..

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.
Naam onderzoeker: ……..
Datum: …… Handtekening onderzoeker: .....

Bijlage 4: Informatiebrief voor patiënten wachtzaal

Beste patiënte,

Ik ben Anne Christine Van den Akker, Huisarts in opleiding (HAIO),

In het kader van mijn wetenschappelijk onderzoek doe ik onderzoek naar **hoe patiënten met een migratie-achtergrond aankijken tegen het gebruik van anticonceptie en hoe de huisarts hierin een rol speelt.** Kunnen patiënten gemakkelijk met hun huisarts praten over anticonceptie en familieplanning? Wat zijn hierin moeilijkheden voor patiënten, voor huisartsen en wat kan hieraan verbeterd worden? Op deze vragen zal ik trachten antwoorden te formuleren door het opzetten van deze studie.

Graag zou ik u willen informeren, dat na het consult bij de arts, u een vragenlijst zult ontvangen die u mag invullen. De vragenlijst bestaat uit enkele korte vragen. Indien u moeilijkheden heeft met het invullen, mag u altijd de huisarts of een praktijkassistente vragen u te helpen. Natuurlijk staat het u ook vrij om te weigeren het formulier in te vullen. Belangrijk voor u om te weten is dat alle gegevens volledig anoniem verwerkt zullen worden. Ook hebben wij als huisartsen een beroepsgeheim, dat wil zeggen dat alles wat u schrijft of zegt, nooit zal worden verder verteld aan anderen.
Gezien dit onderzoek over anticonceptie gaat, zullen de invulstrookjes **enkel aan vrouwelijke patiënten** gegeven worden.
Om een beter antwoord te kunnen vormen op onze onderzoeksvragen vragen we u tevens of u bereid bent door ons gecontacteerd te worden. Indien dit het geval is, kan u uw telefoonnummer achterlaten.

Na het invullen van het strookje, kunt u het deponeren in de hiervoor voorziene doos. Op die manier is uw antwoord enkel zichtbaar voor de onderzoeker.

Indien u nog verdere vragen heeft, mag u deze altijd aan uw huisarts stellen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Onderzoeker: Anne Christine van den Akker
Promoter: Prof. Myriam DeVeugele
Co-promoter: Dr. Peter Decat

Bijlage 5. Protocol van onderzoek (Goedgekeurd door de Ethische Commissie)

Methode

Het onderzoek bestaat enerzijds uit het registreren en identificeren van patiënten gevolgd door een kwalitatief onderzoek van semigestructureerde interviews van patiënten en huisartsen binnen de praktijk.

Registratie en identificatie
Aan de hand van een anonieme registratie die één maand zal duren, zal er getracht worden om na te gaan hoeveel patiënten anticonceptie gebruiken en wie voor die zorg de huisarts consulteert of een andere arts bezoekt. Tevens zal deze registratie vragen naar de origine van de patiënt en of zij eventueel gecontacteerd mag worden voor een diepergaand interview dat nadien afgenomen kan worden en tot doel heeft de beweegredenen van patiënten te achterhalen omtrent anticonceptiezorg.
Vier huisartsen in de praktijk zullen deze registratieformulieren na elke consultatie aan vrouwelijke patiënten uitdelen en hen vragen deze in te vullen. Het invullen is volledig vrijwillig en weigering is dan ook te allen tijde mogelijk. De patiënten zullen een korte inleiding van de arts krijgen ter verduidelijking van het formulier. Patiënten die moeilijkheden hebben met betrekking tot de taal, zowel lezen als schrijven, kunnen bijgestaan worden door de praktijkassistentes. Zij spreken Turks, Bulgaars en Arabisch en kunnen vertalen.

Interview procedures
Na toestemming van de patiënt wordt een semigestructureerd interview van ongeveer 30 minuten met behulp van een gevalideerde vragenlijst afgenomen in de praktijk of als dit niet mogelijk blijkt, bij de persoon thuis. Deze vragen zullen worden opgesteld aan de hand van bestaande literatuur met betrekking tot het onderwerp. Er zal een proefinterview georganiseerd worden met een proef patiënte, waarbij de onderzoeker zijn interview op punt kan stellen en eventuele minder correcte vragen kan bijstellen.
De interviews zullen afgenomen worden tot er saturatie van gegevens optreedt. Geschat wordt dat hier ongeveer 10 tot 15 interviews voor nodig zullen zijn.

Onderzoekspopulatie
Op basis van de registratie wordt een steekproef van patiënten uitgenodigd voor een semigestructureerd interview. Een selectie van patiënten die op het registratieformulier invullen dat ze gecontacteerd mogen worden, zullen telefonisch uitgenodigd worden voor een semigestructureerd interview. Er wordt een steekproef genomen op basis van leeftijd en geslacht, namelijk vrouwen van 18 jaar tot en met 50 jaar oud.

Data-analyse
De interviews worden na afname letterlijk getranscribeerd. De kwalitatieve analyse zal worden gemaakt met behulp van het Software-programma NVIVO, waarmee de teksten gecodeerd kunnen worden door de onderzoeker. Er zal gecodeerd worden tot er saturatie optreedt, waarna er getracht zal worden verbanden te leggen tussen bepaalde thema's. De verbanden zullen getoetst worden aan reeds bestaande literatuur over het onderwerp. De onderzoeker zal op deze wijze proberen een antwoord te vormen op de onderzoeksvraag.

Bijlage 6. Goedkeuring dossier Manamathesis door Ethische commissie Gent

Van: Vercoutere Sofie
Verzonden: vrijdag 6 maart 2015 14:35
Aan: myriam.deveugele@ugent.be; niekevdakker@gmail.com; an.stockmans@icho.be
CC: Fouquet Muriel; De Paepe Sandra
Onderwerp: feedback bimetra en EC m.b.t Verzoek van den Akker Anne Christine

Geachte

Hierbij de feedback vanwege bimetra en het EC over deze MaNaMa:

- **Wordt er geen leidraad vh interview, of vragenlijst voorzien ter goedkeuring?**

- **In het protocol, onderdeel 'onderzoekspopulatie' wordt gesuggereerd dat een deel van de studie reeds is afgehandeld?**

- **Vraag 9 in aanvraagformulier: 'morfologisch' onderzoek?**

- **ICF: weten de patiënten wat een Manama-thesis is? U kan de term wijzigen naar een wetenschappelijk werk van een huisarts.**

- **ICF: wat gebeurt na verwerking van geluidsopnames?**

gelieve ons uw antwoord digitaal te bezorgen aub, vergezeld van een begeleidend schrijven ondertekend door de hoofdonderzoeker.

Hoogachtend

Sofie

@Sandra: dossier mag administratief worden ingebracht.

Sofie Vercoutere
Stafmedewerker Ethiek
Interne brievenbus: 1K4 brievenbus Ethisch Comité
De Pintelaan 185 - 9000 Gent
sofie.vercoutere@uzgent.be
www.uzgent.be tel.: +32 (0)9 332 0369