Cervixkankerscreening bij Turkse en Bulgaarse patiënten in de huisartspraktijk: evaluatie van kennis en attitudes

Bauwens Lisa, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

WOORD VAN DANK

Dank aan Sarah en Marc voor de praktische hulp.

Dank aan Kim en Lise voor de statistische ondersteuning.

Dank aan Willem voor het onvoorwaardelijk geduld.

Dank aan Stéphanie voor de tips en duwtjes in de goede richting.

Dank aan Marilien voor de steun en vriendschap.

Dank aan de papa voor het herlezen.

INHOUDSTAFEL

- Abstract ……5
- Inleiding……7
    - Tot standkoming……7
    - Onderzoekscontekst……9
- Literatuur……12
    - A. Methode……12
    - B. Incidentie en epidemiologie……12
    - C. Screening……14
    - D. Drempels voor screening……15
    - E. Oplossingen……17
    - F. Vaccinatie……19
- Methode……20
- Resultaten……21
    - A. Beschrijvende statistiek……21
        - Kenmerken van de onderzoekspopulatie……21
        - Kennis en gedrag van de onderzoekspopulatie……24
    - B. Associaties……30
        - Opleidingsniveau versus kennis en gedrag……30
        - Generatie versus kennis en gedrag……31
        - Afkomst versus kennis en gedrag……31
        - Leeftijd versus kennis en gedrag……32
        - Kennis van het Nederlands versus kennis en gedrag……32
- Discussie……33
    - A. Discussie……33
    - B. Implicaties naar de toekomst toe……38
    - C. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek……40
    - D. Aanbevelingen voor verder onderzoek……41
- Conclusie……42
- Referenties……44
- Bijlagen……46

ABSTRACT

Context: baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Hoewel er een vaccin en een goede behandeling beschikbaar zijn, overlijden in Vlaanderen elk jaar iets meer dan honderd vrouwen aan baarmoederhalskanker. Vrouwen die behoren tot een etnische minderheid (MEM) en vrouwen met een lagere socio-economische status lopen een groter risico daar zij vaker onvoldoende gescreend worden. Mogelijke barrières voor screening bij deze vrouwen zijn andere culturele opvattingen, de taal, kennis omtrent het gezondheidssysteem, angst en schaamtegevoelens. De huisarts heeft een centrale rol om ook deze vrouwen te informeren en te motiveren tot deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker.

Onderzoeksvraag: met deze thesis willen we bij de Turkse en Bulgaarse vrouwen uit onze huisartsenpraktijk nagaan wat hun kennis en attitude is ten opzichte van baarmoederhalsscreening en vaccinatie. Uit deze gegevens hopen we gericht naar oplossingen te kunnen zoeken om deze benadeelde patiëntengroep een kwalitatievere en meer efficiëntere preventieve zorg aan te bieden.

Methode: op basis van een literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld en door professionele tolken vertaald in het Turks en Bulgaars. Na het invullen van een informed consent werd de vragenlijst bij alle vrouwelijke patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, afgenomen. Dit gebeurde door de artsen van een groepspraktijk in Gent in de periode van september-december 2016.

Resultaten: er werden 46 vrouwen in de studie geïncludeerd tussen 25 en 64 jaar waaronder 30 Turkse en 16 Bulgaarse vrouwen. Op vlak van kennis van het bevolkingsonderzoek bleken gemiddeld 2 op 5 vrouwen dit niet te kennen. Een positieve samenhang kon vastgesteld worden met een hogere opleiding, een gemiddelde beter kennis van het Nederlands en een Turkse afkomst. Op vlak van kennis omtrent de oorzaken van baarmoederhalskanker scoorden alle migranten en etnische minderheden erg laag. Hier kenden 91,3% van de vrouwen de oorzaken niet. 61,9% Van de vrouwen wisten echter wel van het bestaan van een vaccin tegen HPV. Opvallend waren dit meer Bulgaarse vrouwen. Het screeningsgedrag van de onderzochte vrouwen loopt gelijkaardig met dat van de Vlaamse vrouwen. Het merendeel laat zich echter wel bij de gynaecoloog screenen. Dit is 84,6%. Omtrent de visie op vaccinatie waren Turkse vrouwen opvallend voor, terwijl Bulgaarse vrouwen eerder tegen vaccinatie leken te zijn.

Conclusie: de kennis bij migranten en etnische minderheden over de verschillende aspecten van baarmoederhalskanker is laag, nog lager dan bij de autochtone bevolking. Dit heeft onder meer te maken met de taal, duur van verblijf in België en het opleidingsniveau. Op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen we hierop inspelen door deze kwetsbare vrouwen actief te informeren en ze te motiveren tot screening. Hierbij kunnen de aangereikte barrières van taal en cultuur omzeild worden door het gebruik van tolken en vertaalde folders. Een goede socioculturele achtergrond bij de zorgverlener is de basis voor een goede communicatie. Op beleidsniveau dient het bevolkingsonderzoek zich nog meer aan te passen aan de diversiteit van de huidige samenleving. Dit kan door het bevolkingsonderzoek cultuur sensitiever te maken en zich meer te focussen op de risicogroepen.

INLEIDING

A. Tot standkoming

Mijn 2-jarige opleiding tot huisarts bracht ik door in een praktijk in centrum Gent, meer bepaald, de buurt Sluizeken-Tolhuis-Ham. Meteen kreeg ik te maken met een enorme diversiteit aan nationaliteiten en talen. Hoewel deze culturen veelal onze samenleving en beleving van de huisartsgeneeskunde verrijken, kan het in de directe omgang en communicatie soms tot misverstanden en frustraties leiden voornamelijk omwille van de niet te onderschatten barrières op vlak van cultuur en taal (1). Zo ontstond het idee om bij de keuze van een masterproef met een deel van deze patiëntengroep aan de slag te gaan.

In samenspraak met mijn collega's en promotor, Dr. Stéphanie De Maesschalck, kon ik dit onderwerp verfijnen. Zo zou ik de kennis en efficiëntie omtrent screening voor baarmoederhalskanker bekijken, bij migranten en etnische minderheden binnen onze praktijk, meer bepaald de Turkse en Bulgaarse bevolking.

Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Dit ontstaat als gevolg van een besmetting met het Humaan Papillomavirus (hierna HPV). De meeste vrouwen klaren deze infectie zelf, doch wanneer deze minstens 10 jaar aanwezig blijft in het lichaam van de vrouw, kan er baarmoederhalskanker ontstaan. In de tussenperiode kunnen er reeds precancereuze letsels gevonden worden via het uitstrijkje. Wanneer de letsels bij verdere opvolging niet vanzelf genezen, dient men over te gaan tot een behandeling (2).

Sinds 2013 wordt in Vlaanderen voor vrouwen van 25 tot 64 jaar, die ooit seksueel actief waren, een bevolkingsonderzoek georganiseerd voor screening naar baarmoederhalskanker. Om de 3 jaar wordt aanbevolen een baarmoederhalsuitstrijkje te laten doen. De screening naar baarmoederhalskanker bestaat deels uit opportunistische screening, waarbij de vrouw op eigen initiatief of op initiatief van haar huisarts zich laat screenen. Vrouwen die zich niet tijdig laten screenen, krijgen via het bevolkingsonderzoek van de overheid een uitnodigingsbrief voor deelname aan de screening. (ref bevolkingsonderzoek/domus medica). De screening gebeurt met de dunnelaagtechniek met een cervexbrush. De afname en het onderzoek van het uitstrijkje in het labo worden volledig door het Riziv terugbetaald indien de termijn van 3 jaar gerespecteerd wordt. Indien er een afwijkend uitstrijkje is, wordt dit uiteraard vroeger herhaald. De screening stopt op de leeftijd van 65 jaar, op voorwaarde dat men 2 opeenvolgende normale uitstrijkjes heeft die met een minimale regelmaat werden afgenomen (3, 4).

Sinds 2010 biedt de Vlaamse overheid het vaccin tegen humaan papillomavirus (HPV) gratis aan voor alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs in Vlaanderen. Het vaccin dient voor het eerste seksueel contact en dus voor een mogelijke besmetting met HPV gegeven te worden. De effecten op lange termijn zijn echter nog niet bekend. Ook de meisjes die reeds een vaccin kregen, dienen later dus nog steeds aan de screening deel te nemen.

De huisarts kan een enorme meerwaarde zijn in de promotie van screening en vaccinatie voor baarmoederhalskanker. Zo is het de taak van de huisarts om actief deze preventie aan te bieden.

1,1 Miljoen vrouwen in België worden onvoldoende of helemaal niet gescreend. Risico's voor niet-participatie zijn lage socio-economische status, lage opleidingsgraad, de taal van het land niet machtig zijn, oudere vrouwen, alleenstaanden, vrouwen met leermoeilijkheden of vrouwen die geboren zijn in een ander land (4).

Deze laatste groep kunnen we definiëren als migranten en etnische minderheden (hierna: MEM). Deze definitie werd vastgelegd in een rapport de ETHEALTH-groep.

"… Hierbij verwijzen we naar die personen die zichzelf beschouwen als zijnde in een benadeelde positie ten aanzien van de meerderheid van de bevolking door hun lidmaatschap van de groep van migranten en etnische minderheden of die als dusdanig zo door de maatschappij beschouwd worden…" (5)

In de literatuur wordt deze groep (MEM) uitgebreid beschreven. Door een lagere deelname aan screening loopt deze bevolkingsgroep een hoger risico op baarmoederhalskanker. Ook de drempels om tot screening te komen worden uitgebreid besproken. Hier zijn een gebrek aan kennis, de taalbarrière, andere culturele opvattingen en hun socio-economische status er slechts enkele van. MEM komen vaak niet tot een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg als de modale Vlaming (6).

Het doel van deze thesis is de kennis en de attitude van Turkse en Bulgaarse vrouwen uit onze huisartsenpraktijk ten opzichte van baarmoederhalskanker screening en vaccinatie te onderzoeken. Uit deze gegevens hopen we gericht naar oplossingen te kunnen zoeken om deze patiëntengroep een kwalitatievere en meer efficiënte preventieve zorg aan te bieden.

B. Onderzoekscontext

Onze stad:

Gent is een bruisende, groeiende stad. In 2015 waren er 256 235 inwoners in Gent en dit blijft voorlopig stijgen. Sinds 1999 is de totale bevolking met 10% gegroeid. Deze stijging is te danken aan de natuurlijke groei en het positief migratiesaldo.

De voorbije decennia nam het aantal immigranten in Gent sterk toe. Dit is deels door de uitbreiding van de Europese Unie in 2004 en 2007. De Gentse samenleving is vandaag diverser dan ruim 10 jaar geleden. 12% Van de Gentenaars is niet-Belg, en indien we de Belgen met migratie-achtergrond (= personen geboren in België, doch waarvan minstens 1 van de ouders elders werd geboren) erbij rekenen, behoort zelfs 18,8% tot de groep MEM. Sinds 2010 is de groep met Bulgaarse nationaliteit talrijker dan die met Turkse nationaliteit. Bijna de helft van de MEM heeft de Belgische nationaliteit (7).

De verspreiding van de MEM is niet homogeen over geheel Gent. Zij bevinden zich voornamelijk ter hoogte van de 19de eeuwse gordel. In onze wijk, Sluizeken-Tolhuis-Ham, is 38% MEM. Enkel de wijk Rabot-Blaisantvest doet beter. Daar behoort 45% van de inwoners tot de groep MEM (7).

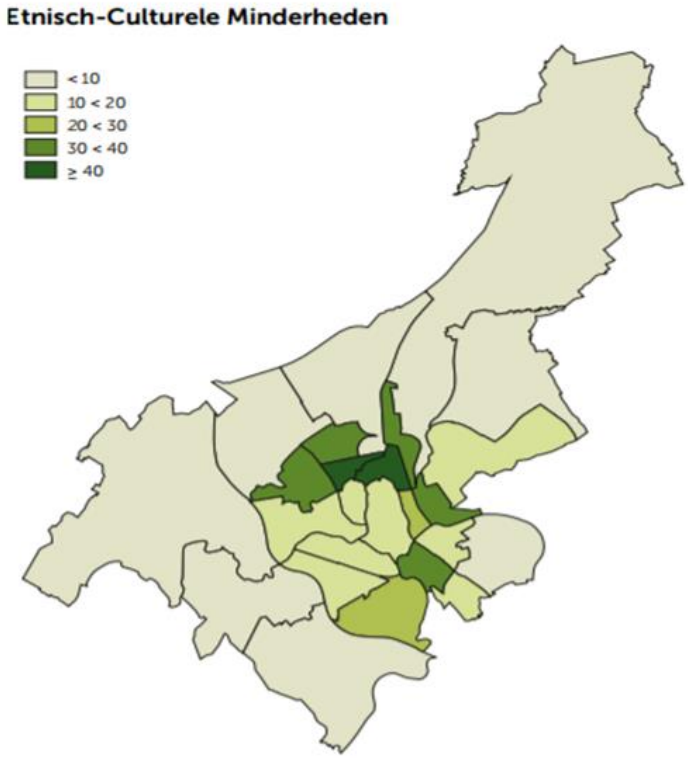


Fig. 1. Aandeel van Etnisch-Culturele Minderheden op de totale bevolking, per wijk, 2011 (7).

Onze wijk:

De praktijk waar dit onderzoek werd gedaan, ligt in de wijk Sluizeken-Tolhuis-Ham, vrij centraal te Gent. Uit het bevolkingsregister en de meest recente cijfers uit de omgevingsanalyse van Gent, blijkt dit toch een van de wijken met het hoogste migratiesaldo van Gent te zijn. Dit hoefden we niet op een tabel/plannetje te zien om dit te weten. Het straatbeeld spreekt voor zich. 29,1% van de inwoners van deze wijk zijn van niet-Belgische origine. Dit is bijna 1 op de 3 inwoners. Terwijl het gemiddelde voor Gent op 13,9% ligt.

Nog frappanter is het rechterdeel van volgende figuur: hierbij wordt ook de migratie-achtergrond mee in rekening gebracht. Zo verdubbelt het aandeel van personen van buitenlandse herkomst (met geboorteland van vader of moeder in rekening gebracht). Hieruit blijkt dat heel wat Gentenaars een migratie-achtergrond hebben, doch wel in België geboren zijn, of reeds de Belgische nationaliteit aannamen (8).

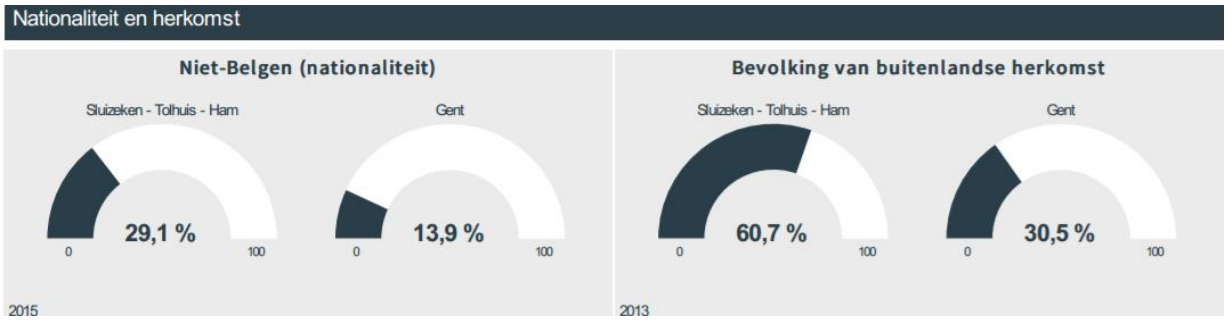


Fig.2. Overzicht van verdeling volgens nationaliteit en herkomst in de wijk Tolhuis-Sluizeken-Ham, Gent, 2015 (8).

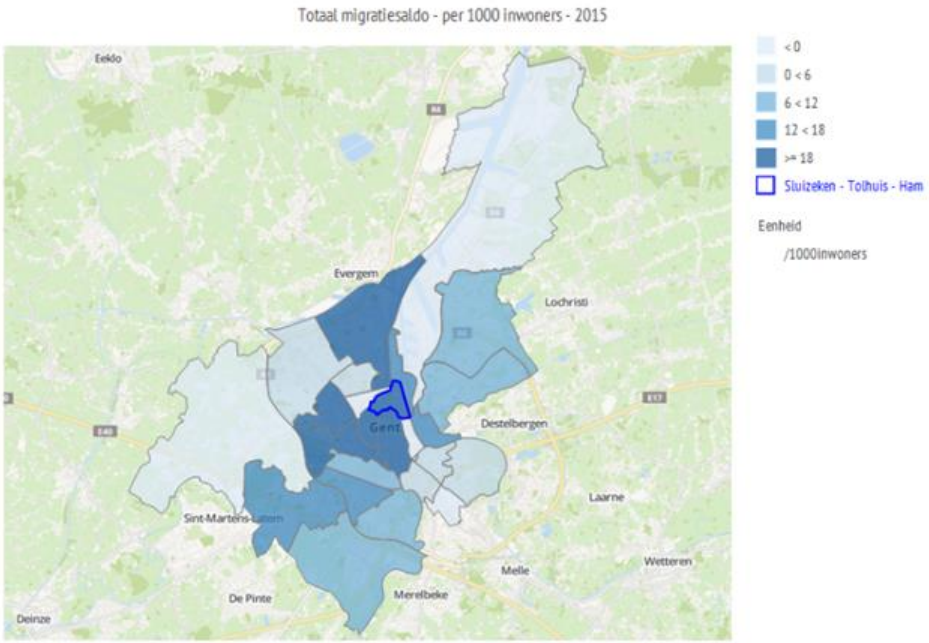


Fig.3. Totaal migratiesaldo Gent, verdeling per wijk, 2015 (7).

Erg opvallend is ook de bevolkingsevolutie van onze wijk. Deze is mede door het migratiesaldo relatief hoger dan het gemiddelde groeipercentage van over het hele Gentse grondgebied (7).

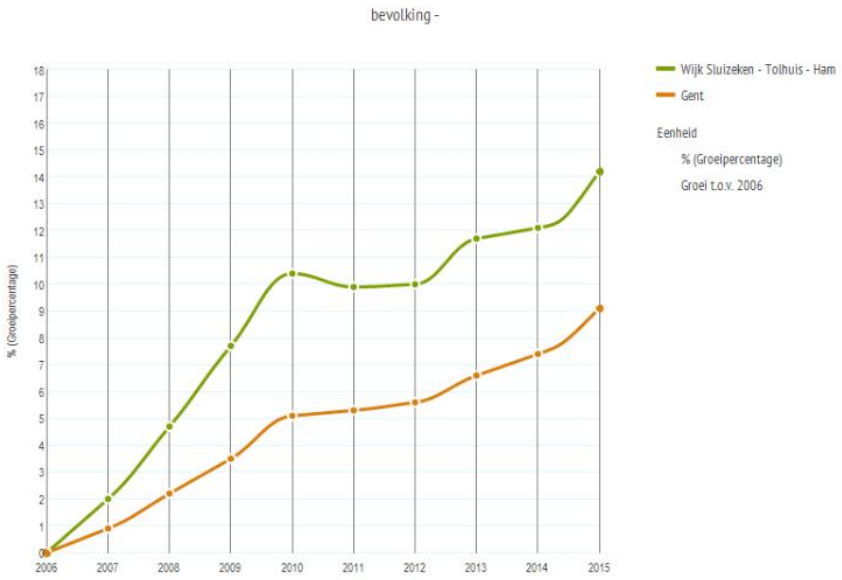


Fig. 4. Bevolkingsevolutie laatste 10 jaar in Gent (8).

Onze praktijk:

Onze huisartsenpraktijk ligt vrij centraal in de wijk Tolhuis. Er zijn een 7-tal huisartsenpraktijken binnen de brede wijk van Sluizeken-Tolhuis-Ham, waaronder 1 wijkgezondheidscentrum. Volgens het RIZIV is dit een huisartsenarme zone. Onze praktijk bestaat uit 3 artsen waarvan 1 huisarts-in-opleiding. Er is een meewerkende echtgenote die het onthaal en de telefoon verzorgt. Er zijn een 3800-tal patiënten ingeschreven. Een echt zicht op het aantal MEM in de patiëntenpopulatie hebben we niet, daar er geen codering van migratiegegevens wordt gedaan in het patiëntenbestand. Doch bij overleg wordt dit op een 35% geschat. De opvallend grootste groepen van MEM zijn echter de Turken en de Bulgaren. Dit is ook de reden waarom we dit onderzoek beperkten tot deze twee bevolkingsgroepen. Naast de Nederlanders zijn het immers ook de 2 grootste groepen MEM in Gent (9).

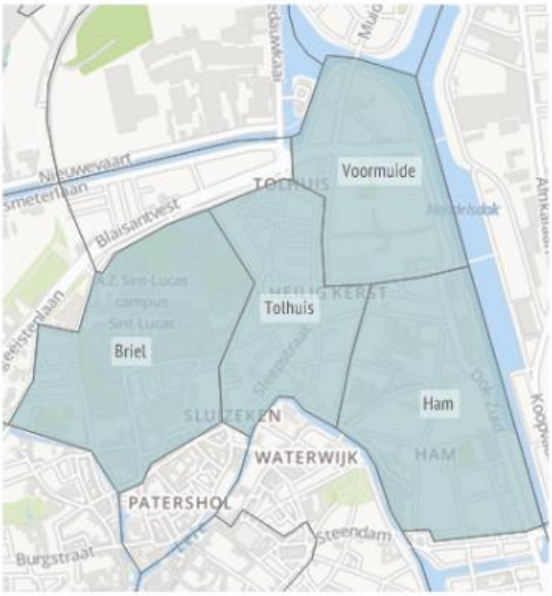


Fig.5. Ligging wijk Tolhuis-Sluizeken-Ham (8)

LITERATUUR

A. Methode

Als onderzoekinstrument voor de literatuurstudie maakte ik gebruik van de database van Pubmed. Er werd op verschillende momenten gezocht: juli, september en december 2016, februari, maart en april 2017. Er werd met volgende zoektermen gezocht: immigrant, migration, cervical cancer, screening, Europe, Muslim, pap smear, screening barriers, epidemiology, culture, socio-economic, Belgium, Bulgaria, Turkey, health belief model, knowledge, women. Dit leverde een heleboel interessante artikels op waarvan ik het merendeel ook effectief gebruikte in deze thesis. Verder maakte ik gebruik van de aanbeveling van Domus Medica omtrent cervixkankerscreening, verschenen in april 2011. Hierbij verwijst men in de aanbeveling ook door naar andere artikels omtrent de participatiegraad en drempels bij vrouwen. Verder vond ik veel interessant cijfermateriaal via de websites van het kankerregister en het Bevolkingsonderzoek van Vlaanderen (2, 10, 11).

B. Incidentie en epidemiologie

Volgens het laatste kankerrapport in België, werden in 2014, 653 vrouwen gediagnosticeerd met baarmoederhalskanker. In ons land is baarmoederhalskanker de 12de meest frequent voorkomende tumor bij vrouwen met een mortaliteitsratio van 3,4/100 000 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 54 jaar. Toch zou baarmoederhalskanker al een historische ziekte kunnen zijn. Preventief vaccineren tegen het Humaan Papillomavirus (HPV), kan de incidentie van baarmoederhalskanker met 80% reduceren. De overige 20% wordt dan via screening opgespoord (3). Met het huidige bevolkingsonderzoek (BVO) wordt 63,5% van de Vlaamse vrouwen bereikt. Dit is echter nog niet de 85% waarop gehoopt werd in 1994 bij het opzetten van de eerste screening programma's (10).

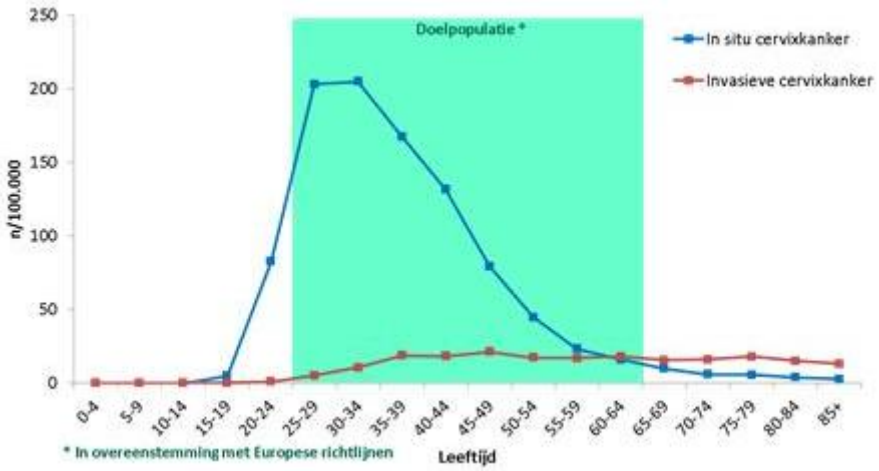


Fig.6. Leeftijdsspecifieke kankerincidentie voor België (2011-2013) (11).

Wanneer we wereldwijd kijken, is baarmoederhalskanker nog een veel groter probleem. Volgens het kankerrapport van de WHO van 2008 is het wereldwijd de 2de meest voorkomende kanker bij vrouwen. 80 % Van de gevallen van baarmoederhalskanker komen voor in ontwikkelingslanden. Participatie aan baarmoederhalsscreening ligt in deze landen tussen de 13,7% tot 34,7% (12, 13).

De incidentie van baarmoederhalskanker wordt bepaald door een combinatie van genetische en omgevingsfactoren. Heel wat risicofactoren spelen ofwel een directe of indirecte rol bij het ontstaan. Enkele voorbeelden zijn seksueel gedrag, methode van contraceptie, leeftijd van eerste zwangerschap, pariteit, beroep, levensstijl, sociale klasse en rookgedrag. Ook het land van herkomst bepaalt mee de incidentie. Zoals hoger reeds vermeld, hebben lagere en gemiddeld ontwikkelde landen een hogere kanker incidentie en mortaliteit. In landen met goede richtlijnen omtrent HPV screening, liggen de screeningratio's hoger en de ziektelast bijgevolg lager. Grote barrières voor een georganiseerde screening zijn de kosten, adequate kennis hieromtrent, geografische ligging van sommige landen en culturele opvattingen. De hoogste incidentie voor baarmoederhalskanker vindt men in Latijns-Amerika, Zuidoost-Afrika en de Caraïben. Australische en West-Aziatische vrouwen hebben de laagste incidentie (13-15).

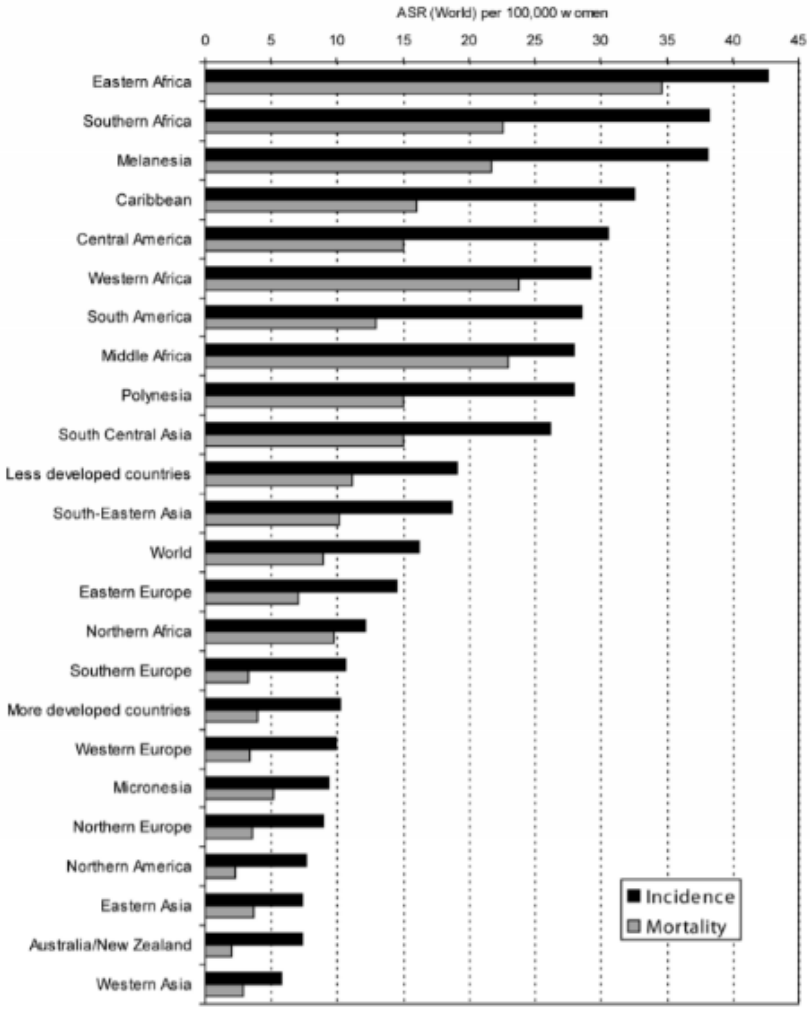


Fig.7. Baarmoederhalskanker incidentie en mortaliteit wereldwijd (13).

K. Luke (1996) deed al vroeger research in Engeland en Wales. Een opvallende bedenking die deze auteur maakt is dat de incidentie van baarmoederhalskanker bij MEM, naargelang ze langer in het land van aankomst blijven, de incidentie van de lokale bevolking overnemen. Deze vaststelling is echter weinig tot niet gekend bij de MEM. Wanneer vrouwen met een lage incidentie uit hun geboorteland komen en zich settelen in een gastland met een eerder hoge incidentie kan dit door het uitblijven van adequate screening binnen enkele generaties voor problemen zorgen (14).

C. Screening

Er is heel wat literatuur rond screening voor baarmoederhalskanker bij MEM. Zo is er consensus dat MEM een verhoogd risico hebben om nooit aan baarmoederhalsscreening te doen of achterstallig te staan met hun screening opvolging (14, 16-19).

Rondet et al. (2010) onderzochten in Parijs de invloed van migratie op de screening activiteiten van 3000 Frans sprekende vrouwen zowel voor borst- als baarmoederhalskanker. Er was een duidelijke link tussen migratie en niet deelname aan baarmoederhalsscreening, terwijl dit bij de screening voor borstkanker niet significant was. Voor borstkanker verliep in dit onderzoek de screening georganiseerd, in tegenstelling tot de baarmoederhalskanker screening (16).

Azerkan et al. (2012) onderzocht deze bevindingen in Zweden. Dit onderzoek beperkte zich echter niet tot georganiseerde screeningprogramma's. Zij evalueerden ook de opportunistische screeningsmethoden. De participatiegraad varieerde van 62% voor de Zweden versus 49% voor de MEM. Wanneer screening niet adequaat werd nageleefd, steeg het risico op cervixkanker tot een vijfvoud. 50% Van de vrouwen, die aldaar gediagnosticeerd werden met baarmoederhalskanker, waren nog nooit gescreend (17).

De screening bij MEM zou volgens deze auteurs ook beïnvloed worden door de leeftijd waarop men migreert. Men zag een duidelijke daling in de participatie naarmate men op latere leeftijd migreerde. Dit patroon verschilde tussen de verschillende groepen MEM onderling. Een mogelijke verklaring is dat vrouwen ouder dan 50 meestal reeds de menopauze bereikten en dus minder nood hebben aan algemene gezondheidszorg of specifieker, gynaecologische zorg. Daarentegen komen de vrouwen in de reproductieve leeftijd (20-49j) vanzelfsprekend meer in aanraking met maternale gezondheidszorg. De auteurs vinden een gerichte screening voor oudere vrouwen binnen MEM gerechtvaardigd (17).

Zo een gerichte screening gebeurde in Canada. Daar werd een model van toegankelijke gezondheidszorg opgesteld voor bevolkingsgroepen die anders de toegang hiertoe zouden missen.

Wiedmeyer et al. (2012) onderzocht retrograad in de medische dossiers van de patiënten die tot de inclusiecriteria van de studie behoorden, naar de screeningactiviteiten. Hieronder waren 92% van de patiënten gescreend, of waren ze hiervoor benaderd geweest. Binnen deze laatste categorie hadden 2 op 3 van de vrouwen een goede gedocumenteerde reden waarom ze geen screening kregen. Gedocumenteerde redenen waren: transgender; genitale mutilatie, voorafgaande hysterectomie, of maagdelijkheid. Door deze multidisciplinaire kliniek werden vrouwen uit benadeelde groepen zelfs aan hogere ratio's gescreend dan de huidige bevolking van Toronto (19).

D. Drempels voor screening

De redenen dat de deelname aan screening zo verschillend is, werd uitgebreid onderzocht. Zo leerden Leveque et al (2006) ons reeds dat, hoewel iedereen evenveel recht heeft op gezondheidszorg, dit in de praktijk niet altijd tot gelijkheid leidt (6). Steeds keren gelijkaardige drempels terug. We kunnen ze onderverdelen in verschillende categorieën.

Een eerste duidelijke drempel is een **andere opvatting omtrent gezondheidszorg**. Zo gaan sommige MEM gezondheidszorg enkel noodzakelijk vinden wanneer je effectief ziek bent (20). Levecque et al (2006) bevestigde dat er inderdaad minder gebruik wordt gemaakt van preventieve gezondheidszorg door MEM in België. Dit zowel op vlak van griepvaccinaties, bloeddruk controles of regelmatige bloedafnames. Ook de preventieve screeningprogramma's voor borst en baarmoederhalskanker vallen hieronder (6). De Muynck en Peeters legden gelijkaardige resultaten vast, weliswaar in kleinschaligere studies (21).

Het **gebruik van de beschikbare hulpverlening** zou ook anders beleefd worden. De Turkse patiënten in België zouden meestal wel een vaste huisarts hebben, doch zij zouden langer wachten om die te consulteren. Ook bij andere hulpverleners zouden zij minder snel ten rade gaan, zoals kinesisten en tandartsen. De huisarts wordt verwacht vrouwen in te lichten over de mogelijkheid van screening en hen erop te wijzen wanneer hun jaarlijkse check-up dient gedaan te worden. Een voorkeur voor een vrouwelijke arts is voor sommige moslim vrouwen van groot belang. Andere vrouwen hadden dan weer liever een huisarts die in hun eigen taal kon communiceren (6, 22).

Er zou echter wel een groter gebruik van specialisten, diëtisten en psychologen zijn. Doch dit kan ook verklaard worden door hun verhoogde prevalentie van overgewicht, diabetes en mentale gezondheidsproblemen. Ook de spoedgevallen worden in het algemeen frequenter gebruikt door MEM, al is het niet duidelijk dat dit dan ook steeds voor dringende medische hulp was. Deze resultaten vonden we ook terug in verschillende kwalitatieve onderzoeken bij MEM (22, 23).

Op **socioculturee**l vlak zijn er onder de MEM ook grote verschillen hoe de beleving van gezondheidsklachten worden ervaren en hoe ze deze naar de buitenwereld tonen. Bij sommigen onder de MEM blijft er een taboe omtrent de vrouwelijke seksualiteit.

Een andere steeds terugkerende barrière voor screening is het **socio-economische** aspect. MEM zitten er financieel vaak minder goed bij dan de autochtone bevolking. Volgens Levecque et al. is de Turkse bevolking in België vaak lager opgeleid, hebben ze een slechtere positie op de arbeidsmarkt, krijgen ze een lager inkomen en zijn ze meer afhankelijk van de huurmarkt. Bovendien leeft meer dan de helft onder de armoedegrens. Deze factoren beïnvloedden ongetwijfeld ook de gezondheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg (6). Uit het jaarrapport van 2016 over het bevolkingsonderzoek komen gelijkaardige bevindingen. Alle indicatoren die op een verhoogd risico op (kans)armoede wijzen, geven een verminderde deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker aan (10). Ook onderzoeken in Frankrijk en Canada konden een duidelijke link leggen tussen een lager inkomen en het uitblijven van screening (16, 18).

Een recenter rapport uit België door Adam en Torrekens (2015) kan de resultaten van Levecque et al. wat nuanceren. Zo is er een positieve trend onder de Turkse Belgen, wat betreft inkomen en opleiding. We zien de laatste jaren een stijging van het gemiddeld gezinsinkomen. De Turkse Belgen maken meer deel uit van de Belgische middenklasse en ze zijn ook vaker huiseigenaar. Werkloosheid en racisme blijven echter belangrijke problemen waar zij mee te maken krijgen (24).

Todorova et al. (2009) kon deze socio-economische drempels bevestigen onder de Bulgaarse vrouwen in Bulgarije. Vrouwen met een lagere opleiding en financiële problemen ervaarden een grotere drempel om tot screening te komen dan vrouwen met een hogere opleiding zonder geldgebrek (20).

Ook Grandahl et al. (2012) deed een kwalitatief onderzoek met focus groepen in Uppsala, Zweden. Hier werd de **taal** als drempel om een goede communicatie met de hulpverlener te hebben, aangereikt. Door deze taalbarrière kan uiteraard ook het begrijpen van gerichte informatie omtrent screening een probleem vormen. Zodoende kan gebrek aan kennis omtrent de relatie tussen seksuele overdracht van HPV en kanker ook een rol spelen. Wanneer MEM het nut niet inzien van de screening, zullen zij uiteraard minder geneigd zijn hieraan deel te nemen (23). Uit een rapport van de Europese Commissie wordt ook de taal en het gebrek aan tolken en vertaald materiaal omtrent de gezondheidszorgen aangereikt als een barrière met een grote impact op de gezondheid van de MEM (25).

Een van de meest belangrijke drempels om aan screening te doen is nog steeds het gebrek aan **kennis**. In Turkije werden verschillende studies gedaan omtrent kennis en gedrag ten opzichte van baarmoederhalskanker, screening en vaccinatie. Zo werd door Gol et al. (2016) onderzocht hoe goed de kennis omtrent baarmoederhalskanker was onder 110 Turkse verpleegkundigen. Deze auteur vond

dat respectievelijk 83(75.5%), 78(70.9%) en 45(40.9%) vrouwen noch de risicofactoren van baarmoederhalskanker kenden, noch de symptomen kenden, noch wisten hoe ze zich tegen baarmoederhalskanker konden beschermen. Verder waren er 56(50.9%) en 60(54.5%) vrouwen van de 110 ondervraagden die niet wisten hoe je HPV kon oplopen en het vaccin tegen HPV niet kenden. Slechts 2(1,8%) verpleegkundigen kregen zelf het HPV vaccin en 11(10%) verpleegkundigen kregen regelmatig een uitstrijkje. Vrouwen ouder dan 40jaar, die kinderen hadden of regelmatig een gynaecologisch onderzoek lieten doen, hadden vaker een uitstrijkje gehad. Dit zijn erg bedroevende resultaten, daar Turkse verpleegkundigen een belangrijke rol spelen binnen de primaire preventie van de lokale bevolking, zowel op ondersteunend als informerend vlak (26). Gelijkaardige resultaten werden gevonden door Koc et al. (2015) met een andere studie onder Turkse verpleegkundigen. Een beperkte kennis rond baarmoederhalskanker en vaccinatie, werden daar als grootste drempel naar voor geschoven om zelf aan screening te doen of dit aan hun omgeving aan te raden (12).

Een factor met een gelijkaardige trend en die ook als drempel wordt aangegeven in de literatuur, is de "**health literacy**". Vrij vertaald betekent dit gezondheid geletterdheid, doch dit houdt een breder concept van kennis en vaardigheden in die nodig zijn om gezond te kunnen leven en er een gezonde levensstijl op na te houden. Dit houdt onder meer de kennis van de werking van het lichaam en het zorgsysteem in, alsook het kunnen begrijpen van medische informatie, het durven stellen van vragen binnen een consultatie, kritisch omgaan met medische info en deze gebruiken bij het maken van keuzes in behandelingen (27). Lindau et al. (2002) deden verschillende studies hieromtrent in de Verenigde Staten. Zij vonden dat een lage gezondheidsvaardigheid, een lagere kennis over de screeningsmogelijkheden en lagere screeningratio's tot gevolg hadden. Vrouwen met een lage gezondheidsvaardigheid zouden ook frequenter niet weten wat te doen bij een afwijkend uitstrijkje en in het algemeen slechter opgevolgd worden op vlak van screening (28, 29).

E. Oplossingen

Het is duidelijk dat heel wat factoren een invloed hebben op het niet deelnemen van baarmoederhals screening. Gelukkig werden er ook heel wat mogelijke oplossingen reeds bedacht en onderzocht.

Educatie van de bevolking lijkt een evidente oplossing te zijn om screeningratio's naar omhoog te krijgen. Kocaoz et al. (2017) onderzocht het gedrag en hun visie op borstkanker en baarmoederhalskanker screening direct na een trainingssessie over het nut van vroege opsporing en diagnose bij deze twee kankers. Dit onderzoek werd 6 maanden na de trainingssessie herhaald. Zowel hier net na, als 6 maand later, was de positieve houding ten opzichte van een pap smear toegenomen. Na 6 maand had zelfs een derde van de vrouwen reeds zelf een pap smear laten uitvoeren (30).

In Toronto, werd een gelijkaardig onderzoek op poten gezet door Sheila et al. (2016). Het CARES programma (=Cancer Awareness: Ready for Education and Screening) organiseerde educatieve sessies in 20 verschillende talen, specifiek om marginale multiculturele vrouwen te informeren en zo aan te zetten tot baarmoederhalsscreening. Dit bleek succesvol. Wetende dat onder deze vrouwen de helft zich te weinig of nog nooit had laten screenen (31).

Het model van Wiedmeyer et al. (2012) dat een specifieke multidisciplinaire kliniek opstelde om benadeelde groepen in de bevolking te screenen bleek ook een effectieve strategie. Hiernaast werden ook andere minder intensieve veranderingen besproken om de screeningratio's te verbeteren. Andere mogelijkheden zijn geïndividualiseerde uitnodigingsbrieven, mond-aan-mond communicatie, telefonische contacten, educatieve interventies via de media of opportunistische navraag door een hulpverlener. Zo kan de huisarts die vaak om een andere reden in contact komt met de betreffende vrouwengroepen duidelijke info geven en een screening voorstellen (17).

Het nut van informeren is duidelijk. Wanneer vrouwen dan overtuigd zijn om een pap smear te laten doen, is het interessant dit via de georganiseerde screeningprogramma's te doen. Dit om kosten te besparen en de impact van de screening te vergroten. Op deze manier wordt ook zo weinig mogelijk schade toe gebracht aan vrouwen door onnodige ongerustheid en te snelle colposcopie. In Finland deden Virtanen et al. (2014) hier een onderzoek over. De opkomst op de georganiseerde screening in Finland bedraagt 70%. Wanneer we de opportunistische screeningsresultaten erbij halen, zitten we toch met een dekking van 85-90% van de vrouwen die over 5 jaar een pap test kregen. Om deze vrouwen te motiveren via de georganiseerde screening op controle te komen, werden uitnodigingsbrieven gestuurd als 1e herinnering, en zelfafname testen als tweede herinnering. De opkomst van de screening vergrootte tot 79,2% en nog tot 82,2% respectievelijk voor de twee herinneringen. De vrouwen die nooit eerder gescreend werden, verhoogden de vondst van CIN2+ met 24%.
Wanneer zelfafname testen als eerste en enige herinnering werd opgestuurd, was de opkomst hoger dan wanneer enkel een uitnodigingsbrief werd verstuurd. Ook een uitnodigingsbrief met een vaste afspraak scoorde lichtjes beter dan een uitnodigingsbrief zonder vaste afspraak (32).

Ook het Bevolkingsonderzoek van Vlaanderen doet hier jaarlijks onderzoek naar. In 2015 liet 28,4% van de vrouwen die aangeschreven worden, zich screenen binnen het jaar na het versturen van een uitnodigingsbrief. In 2013 was dit maar 15,2%. Ondanks deze verdubbeling, zijn er bijkomende initiatieven nodig om de gezondheidsdoelstelling voor de totale dekking te bereiken. Zo stelt het BVO zelf volgende initiatieven voor: betere informatie door het verspreiden van folders, al dan niet vertaald

voor specifieke doelgroepen, organisatie van focusgroepen om drempels te detecteren en gericht op te lossen. Ook wordt het onderzoek omtrent zelfafnametests op de voet opgevolgd (10, 11).

De zelfafnametesten zouden heel wat barrières bij MEM kunnen doorbreken. De meerderheid van de vrouwen in kwalitatieve studies verkozen deze methode boven de huidige pap smear. Gebruiksgemak, privacy en besparing van kosten waren voordelen die de doorslag hiervoor gaven (22).

F. Vaccinatie

Over het algemeen kwam er uit kwalitatieve studies bij MEM een acceptatie ten opzichte van HPV vaccinatie voor hun dochters. Er werden wel moeilijkheden aangegeven om de informatie die door de hulpverlener werd gegeven, goed te verstaan. Vrouwen raadden een contextuele aanpak aan en het gebruik van vertalingen bij informatiebrieven vanuit de school aan. Zij vonden het ook erg belangrijk dat hun echtgenoot betrokken werd bij deze beslissing. Informatie over HPV in een introductieprogramma werd onder meer aangereikt als mogelijke oplossing (23).

In 2 Turkse studies onder Turkse verpleegkundigen bleek de kennis en visie ten opzichte van vaccinatie bedroevend. Deze vrouwen met een voorbeeldfunctie wisten erg weinig over de mogelijkheid en het nut van vaccinatie. Door hun gebrekkige kennis hierover, waren ze niet geneigd zichzelf te laten vaccineren, noch dit aan te raden aan hun omgeving (12, 26).

Met deze masterproef willen we kijken of in onze praktijk deze vaststellingen bevestigd worden. Kunnen we gelijkaardige resultaten vinden omtrent kennis en attitude ten opzichte van het bevolkingsonderzoek in België? Kunnen we een verschil zien tussen de Bulgaarse en de Turkse etnische minderheden? Hoe staat het met hun visie ten opzichte van vaccinatie? En hoe kunnen we deze resultaten gebruiken en omzetten naar een betere kwaliteitsvolle praktijkvoering?

METHODE

Na het oriënterend literatuuronderzoek konden we gericht enquêtes opstellen. Deze werden vertaald door gediplomeerde vertaler-tolken in het Bulgaars en het Turks. We namen een 52-tal enquêtes af in de periode van september tot en met december 2016 . Dit was een ideale periode, daar heel wat oudere Turkse en Bulgaarse vrouwen dan kwamen consulteren voor medicatievoorschriften. Velen van hen kwamen in deze periode terug naar België, na enkele maanden in hun land van origine verbleven te hebben.

De inclusiecriteria voor dit onderzoek zijn vrouwen tussen de 25 en 64 jaar. Deze vrouwen behoren tot de groep MEM. Hiermee bedoelen we dat zij een migratie-achtergrond uit Bulgarije of Turkije hebben. Ofwel zijzelf, ofwel minimum 1 ouder is geboren in Bulgarije of Turkije. Vrouwen die jonger of ouder waren dan deze leeftijdsgroep, vrouwen die nooit seksueel actief waren of een totale hysterectomie ondergaan hadden, werden geëxcludeerd. Zo konden 6 enquêtes niet gebruikt worden.

De doelgroep werd na het consult geïnformeerd en vrijblijvend gevraagd de enquête in te vullen. Alvorens de enquête in te vullen werd ook een toestemmingsformulier ondertekend door zowel de patiënte als de aanwezige arts. Het invullen van de vragen gebeurde met hulp van, en onder toeziend oog van de aanwezige arts. Zo nodig werd wat extra uitleg gegeven bij de vragen.

Bij het afronden van de vragenlijst werd indien gewenst, nog wat meer uitleg gegeven omtrent baarmoederhalskanker. We verwezen naar de site van Sensoa of gaven nog een folder van het bevolkingsonderzoek mee naar huis. Deze laatste waren echter enkel in het Nederlands beschikbaar. Geen enkele vrouw weigerde aan het onderzoek deel te nemen.

De gegevens van het kwaliteitsverbeteringsproject werden verzameld in een Excelfile, die dan later omgezet werd in een SPSS 24.0 bestand. Hierop werden dan de verdere analyses gemaakt. Allereerst gebruikten we frequentie- en kruistabellen voor de beschrijvende statistiek. Vervolgens onderzochten we aan de hand van Pearson-Chi-kwadraattest en de T-test of er een samenhang gevonden kon worden tussen de kenmerken van de onderzoekspopulatie en de nominale variabelen (kennis en gedrag). Een p-waarde kleiner dan 0,05 werd als significant beschouwd.

RESULTATEN

- BESCHRIJVENDE STATISTIEK -

A. Kenmerken van de onderzoekspopulatie

Leeftijd:

We namen in totaal 52 enquêtes af bij migranten en etnische minderheden van Turkse of Bulgaarse afkomst. 46 Vrouwen behoorden tot onze doelpopulatie voor baarmoederhalsscreening tussen de 25 en de 64 jaar. De 6 overige enquêtes gebruikten we niet in de analyse van de resultaten omdat de vrouwen te jong waren. De jongste vrouw die deelnam, was 25 jaar. De oudste vrouw, 62 jaar. De gemiddelde leeftijd van onze groep vrouwen was 40,42 jaar. Er is 1 ontbrekende waarde wat betreft de leeftijd.

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Leeftijd	45	25	62	40,42	10,801

Wanneer we de groep willen onderverdelen volgens herkomst, krijgen we volgende tabel:

Aantallen volgens afkomst

			Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	11	36,7%
		Geboren in Turkije	19	63,3%
	BULGARIJE	Geboren in België	0	0,0%
		Geboren in Bulgarije	16	100,0%

Van de 46 deelnemers zijn 30 (65,2%) vrouwen afkomstig uit Turkije. 16 (34,8%) Vrouwen zijn afkomstig uit Bulgarije. 11 (36,7%) Van de Turkse vrouwen werden in België geboren (hierna 2de generatie Turkse vrouwen). 19 (63,3%) Van de Turkse vrouwen kwamen pas later in hun leven aan in België (hierna 1ste generatie Turkse vrouwen). Binnen de groep Bulgaarse vrouwen was geen enkele vrouw binnen deze studie in België geboren.

Hoewel er meer Turkse patiënten in dit onderzoek werden geïncludeerd, komen beide groepen toch overeen op vlak van leeftijd. De gemiddelde leeftijd voor de Turkse vrouwen is 40,1 jaar. De gemiddelde leeftijd voor de Bulgaarse vrouwen is 41,0 jaar.

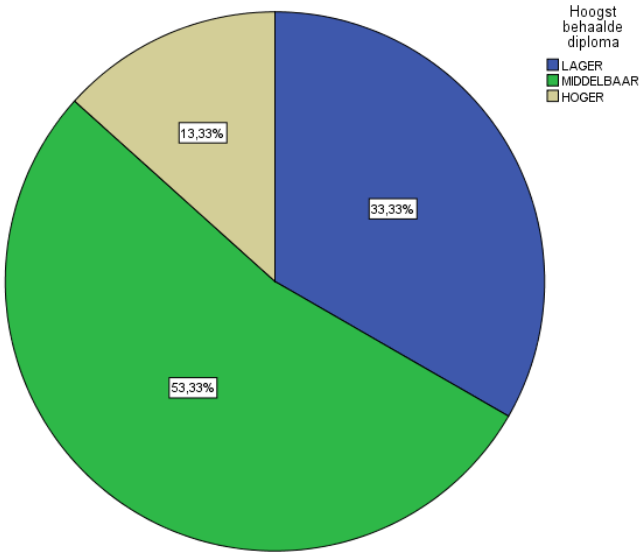
Leeftijd

			Gemiddelde	Minimum	Maximum	Standaard Deviatie
MEM uit	TURKIJE	Leeftijd	40,1	25	62	11,14
	BULGARIJE	Leeftijd	41,0	26	58	10,48

Om onze patiëntengroep toch wat te karakteriseren vroegen we hun hoogst behaalde diploma en hun kennis van het Nederlands na.

Hoogst behaalde diploma:

Op vlak van diploma deelden we de resultaten in volgens lager onderwijs, middelbaar en hoger onderwijs. Van de deelnemende vrouwen hadden er 15 (33,3%) een diploma lager onderwijs. 24 (53,3 %) Vrouwen hadden een diploma middelbaar en 6 (13,3%) vrouwen hadden een diploma hoger onderwijs.



Wanneer we deze resultaten onderverdelen volgens het land van herkomst komen we tot de volgende tabel:

Hoogst behaalde diploma

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	LAGER	2	18%
			MIDDELBAAR	8	73%
			HOGER	1	9%
		Geboren in Turkije	LAGER	9	47%
			MIDDELBAAR	8	42%
			HOGER	2	11%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	LAGER	4	25%
			MIDDELBAAR	8	50%
			HOGER	3	19%

Onder de Turkse vrouwen van de 2de generatie hadden 2 (18%) vrouwen een diploma lager onderwijs, 8 (73%) vrouwen een diploma middelbaar en 1 (9%) vrouw een diploma hoger onderwijs. Onder de Turkse vrouwen van de 1ste generatie hadden 9 (47%) vrouwen een diploma lager onderwijs, 8 (42%) vrouwen een diploma middelbaar en 2 (11%) vrouwen een diploma hoger onderwijs. Bij de Bulgaarse vrouwen hadden 4 (25%) vrouwen een diploma lager onderwijs, 8 (50%) vrouwen een diploma middelbaar en 3 (19%) vrouwen een diploma hoger onderwijs.

Kennis van het Nederlands:

Bij het navragen van de kennis van het Nederlands deelden we dit op in 3 categorieën: lezen, schrijven en spreken. We lieten de patiënten op een visueel analoge schaal aanduiden waar ze zichzelf situeren op vlak van deze 3 categorieën. De resultaten werden gemeten en omgezet naar percentages. De 2de generatie Turkse vrouwen scoorden zichzelf gemiddeld 91,5% op vlak van lezen, 91,2% op vlak van schrijven en 91% op vlak van spreken. De 1ste generatie Turkse vrouwen scoorden zichzelf gemiddeld 47,4% op vlak van lezen, 47,8% op vlak van schrijven en 53,4% op vlak van spreken. De Bulgaarse vrouwen scoorden zichzelf gemiddeld 29,4% op vlak van lezen, 29,7% op vlak van schrijven en 28,5% op vlak van spreken. De standaarddeviaties verschillen tussen de 3 groepen. Zo ligt de spreiding van de resultaten bij de 1ste generatie Turkse vrouwen het verst uit elkaar, gevolgd door de Bulgaarse vrouwen en de 2de generatie Turkse vrouwen.

Kennis van het Nederlands

				Gemiddelde (%)	Standaard Deviatie (%)
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	Lezen	91,5	18,88
			Schrijven	91,2	19,63
			Spreken	91,0	20,12
		Geboren in Turkije	Lezen	47,4	41,17
			Schrijven	47,8	38,92
			Spreken	53,4	38,18
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	Lezen	29,4	33,37
			Schrijven	29,7	30,90
			Spreken	28,5	27,11

B. <u>Kennis en gedrag van de onderzoekspopulatie</u>

Kennis Bevolkingsonderzoek:

Hier peilden we zowel naar de kennis van het screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker, georganiseerd door de Vlaamse overheid; alsook of ze via deze weg reeds deelgenomen hadden aan het bevolkingsonderzoek. 19 (41,3%) Vrouwen kenden dit onderzoek niet. 12 (26,1%) Vrouwen kenden het onderzoek maar namen nog niet deel. 13 (28,3%) Vrouwen kenden het bevolkingsonderzoek en namen reeds deel.

		Aantal	%
Kent u het bevolkingsonderzoek voor de screening naar baarmoederhalskanker?	Neen	19	41,3%
	Ja, ik ken het maar nam nog niet deel. = JA -	12	26,1%
	Ja, ik ken het en nam reeds deel = JA +	13	28,3%

Bij de Turkse vrouwen van de 2de generatie zijn er 4 (36,4%) vrouwen die het BVO niet kenden. 5 (45,5%) Vrouwen kenden het onderzoek maar namen niet deel. 2 (18,2%) Vrouwen namen reeds deel. Bij de Turkse vrouwen van de 1ste generatie zijn er 5 (26,3%) vrouwen die het BVO niet kenden. 4 (21,1%) Vrouwen kenden het onderzoek maar namen nog niet deel. 9 (47,4%) Vrouwen namen reeds deel.

Bij de Bulgaarse vrouwen waren er 10 (62,5%) vrouwen die het BVO niet kenden. 3 (18,8%) Vrouwen kenden het onderzoek maar namen nog niet deel en 2 (12,5%) vrouwen namen reeds deel.

Kent u het bevolkingsonderzoek voor de screening naar baarmoederhalskanker?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	4	36,4%
			JA -	5	45,5%
			JA +	2	18,2%
		Geboren in Turkije	NEEN	5	26,3%
			JA -	4	21,1%
			JA +	9	47,4%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	10	62,5%
			JA -	3	18,8%
			JA +	2	12,5%

Kennis baarmoederhalskanker:

Een volgende vraag peilde naar de kennis van de oorzaken van baarmoederhalskanker. HPV en/of een virus werden als enige juiste antwoorden aanvaard. 42 (91,3%) Vrouwen kennen de oorzaken van baarmoederhalskanker niet. 4 (8,7%) Vrouwen antwoorden juist. Enkele vrouwen gaven een fout antwoord. Foute antwoorden waren onder meer: onveilige seksueel contact, frequent seksueel contact, een vuil toilet of een relatie.

		Aantal	%
Kent u de oorzaken van baarmoederhalskanker?	NEEN	42	91,3%
	JA	4	8,7%

Wanneer we deze antwoorden opnieuw onderverdelen volgens afkomst en generatie zien we de volgende tabel:

Kent u de oorzaken van baarmoederhalskanker?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	10	90,9%
			JA	1	9,1%
		Geboren in Turkije	NEEN	17	89,5%
			JA	2	10,5%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	15	93,8%
			JA	1	6,3%

Op de kennisvraag die peilde naar de oorzaken voor baarmoederhalskanker, antwoordden er bij de Turkse vrouwen van de 2de generatie 10 (90,9%) vrouwen met een fout antwoord. Slechts 1 (9,1%) vrouw antwoordde juist. Bij de Turkse vrouwen van de 1ste generatie antwoordden 17(89,5%) vrouwen fout en 2 (10,5%) vrouwen juist. Bij de Bulgaarse vrouwen antwoordden 15 (93,8%) vrouwen fout en 1 (6,3%) vrouw juist.

Kennis vaccinatie:

Naast kennis over het bevolkingsonderzoek en de oorzaken van baarmoederhalskanker, peilden we of de vrouwen wisten dat vaccinatie tegen baarmoederhalskanker mogelijk is. 26 Vrouwen wisten van het bestaan van vaccinatie af. 16 vrouwen wisten dit niet, en 4 vrouwen bleven een antwoord schuldig.

		Aantal	Kolom %
Wist u dat het mogelijk is om u te vaccineren tegen baarmoederhalskanker?	NEEN	16	38,1%
	JA	26	61,9%

Onder de 2de generatie Turkse vrouwen wisten 5 (45,5%) vrouwen niet dat een vaccin tegen HPV bestaat. 6 (54,5%) Vrouwen wisten dit wel. Onder de 1ste generatie Turkse vrouwen wisten 7 (41,2%) vrouwen dit niet. 10 (58,8%) wisten dit wel. Bij de Bulgaarse vrouwen wisten 4 (28,6%) van de vrouwen dit niet. 10 (71,4%) Vrouwen wisten dit wel.

Wist u dat het mogelijk is om u te vaccineren tegen baarmoederhalskanker?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	5	45,5%
			JA	6	54,5%
		Geboren in Turkije	NEEN	7	41,2%
			JA	10	58,8%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	4	28,6%
			JA	10	71,4%

Screeninggedrag:

Naast kennis bevroegen we ook enkele gedragingen van onze onderzoekspopulatie. Zo peilden we naar hun screeningactiviteiten in de laatste 3 jaar op vlak van baarmoederhalskanker. Hierop antwoordde 29 vrouwen positief. Dit is 63%. 17 Vrouwen lieten dit niet doen.

		Aantal	%
Liet u de afgelopen 3 jaar zelf een uitstrijkje nemen?	NEEN	17	37,0%
	JA	29	63,0%

Als we de antwoorden opnieuw binnen de verschillende groepen bekijken, bekomen we volgende resultaten. Bij de 2de generatie Turkse vrouwen lieten 8 (72,7%) vrouwen de afgelopen 3jaar een uitstrijkje nemen. 3 (27,3%) Vrouwen lieten dit niet doen. Bij de 1ste generatie Turkse vrouwen lieten 13 (68,4%) vrouwen de afgelopen 3jaar een uitstrijkje nemen. 6 (31,6%) Vrouwen lieten dit niet doen. Bij de Bulgaarse vrouwen lieten 8 (50,0%) vrouwen wel een uitstrijkje nemen. Evenveel vrouwen, 8 (50,0%) lieten geen uitstrijkje nemen.

Liet u de afgelopen 3 jaar zelf een uitstrijkje nemen?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	3	27,3%
			JA	8	72,7%
		Geboren in Turkije	NEEN	6	31,6%
			JA	13	68,4%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	8	50,0%
			JA	8	50,0%

We bevraagden ook waar dit uitstrijkje laatst afgenomen werd: bij de huisarts versus de gynaecoloog. Slechts 26 vrouwen antwoordden hierop. 4 (15,4%) Vrouwen lieten dit bij de huisarts doen. 1 Van die 4 vrouwen vermeldde ook dat dit op aanraden was van de huisarts zelf. 22 (84,6%) van de Vrouwen lieten hun uitstrijkje bij een gynaecoloog afnemen.

		Aantal	Kolom %
Bij wie liet u de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje nemen?	HUISARTS	4	15,4%
	GYNAECOLOOG	22	84,6%

De 4 Vrouwen die hun uitstrijkje bij de huisarts lieten doen, waren allemaal Turkse vrouwen. Dit zijn 2 (25,0%) vrouwen van de 2de generatie en 2 (16,7%) vrouwen van de 1ste generatie. 6 (75,0%) Turkse vrouwen van de 2de generatie gingen hiervoor naar de gynaecoloog. 10 (83,3%) Turkse vrouwen van de 1ste generatie gingen ook bij de gynaecoloog. Binnen de groep van de Bulgaarse vrouwen, had niemand een uitstrijkje bij de huisarts laten verrichten. Zij gingen alle 6 (100,0%) bij de gynaecoloog.

Bij wie liet u de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje nemen?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	HUISARTS	2	25,0%
			GYNAECOLOOG	6	75,0%
		Geboren in Turkije	HUISARTS	2	16,7%
			GYNAECOLOOG	10	83,3%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	HUISARTS	0	0,0%
			GYNAECOLOOG	6	100,0%

Bij deze vraag konden de vrouwen ook vermelden of er een specifieke reden was waarom ze nog geen uitstrijkje hadden laten doen. 2 Vrouwen vermelden angst te hebben voor een gynaecologisch onderzoek. 2 Vrouwen vermeldden niet langer opgevolgd te zijn na de geboorte van hun kinderen. 1 Vrouw vermeldde geen seksueel contact meer te hebben. 1 Vrouw vermeldde schrik te hebben van seksueel contact. Een andere vrouw wist niet of er wel een uitstrijkje was gebeurd bij haar laatste consultatie bij de gynaecoloog. En een laatste vrouw vermeldde geen gynaecologische problemen te hebben en ging hierdoor dus ook niet op controle.

Vaccinatie gedrag:

Allereerst peilden we of de vrouwen zelf gevaccineerd waren. Van de 24 vrouwen van die hierop antwoordden, waren er 13 (54,2%) die voor vaccinatie niet in aanmerking kwamen. Deze vraag is moeilijk te interpreteren, daar ze waarschijnlijk niet goed werd geformuleerd. 6 (25%) vrouwen waren reeds gevaccineerd, terwijl 5 (20,8%) vrouwen dit niet waren.

Liet u zich reeds vaccineren?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	0	0,0%
			JA	3	50,0%
			NVT	3	50,0%
		Geboren in Turkije	NEEN	1	12,5%
			JA	2	25,0%
			NVT	5	62,5%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	4	40,0%
			JA	1	10,0%
			NVT	5	50,0%

Ook peilden we bij de vrouwen of ze open stonden voor het vaccineren van hun dochters tegen HPV. De vrouwen die op deze vraag positief antwoordden, zouden hun dochters laten vaccineren of lieten dit reeds doen. De vraag werd eerst niet hypothetisch gesteld waardoor heel wat vrouwen zonder dochters deze vraag open lieten. We speelden hier tijdens het afnemen van de enquêtes later op in, door expliciet te verzoeken deze vraag ook hypothetisch in te vullen. 17 Vrouwen lieten deze vraag blanco.

		Aantal	Kolom %
Zo ja, Indien u dochters heeft of zou hebben: zijn zij gevaccineerd of zou u hen laten vaccineren?	NEEN	10	34,5%
	JA	19	65,5%

Bij de verdere onderverdeling zien we dat 5 (100%) Turkse vrouwen van de 2de generatie positief antwoordden op deze vraag. Bij de 1^{e} generatie Turkse vrouwen is antwoordden 9 (75,0%) vrouwen positief en 3 (25,0%) vrouwen negatief. In de Bulgaarse groep antwoordden 5 (41,7%) vrouwen positief en 9 (58,3%) vrouwen negatief.

Zo ja, Indien u dochters heeft of zou hebben: zijn zij gevaccineerd of zou u hen laten vaccineren?

				Aantal	Kolom %
MEM uit	TURKIJE	Geboren in België	NEEN	0	0,0%
			JA	5	100,0%
		Geboren in Turkije	NEEN	3	25,0%
			JA	9	75,0%
	BULGARIJE	Geboren in Bulgarije	NEEN	7	58,3%
			JA	5	41,7%

- ASSOCIATIES -

We bekeken bovenstaande variabelen opnieuw of we onderling correlaties konden leggen. We deden dit met de behulp van Pearson-Chi-kwadraattest voor de nominale variabelen. Voor de ordinale variabelen (kennis van het Nederlands en leeftijd) gebruikten we de T-test. Hier gaan we immers de gemiddelden gaan vergelijken tussen 2 groepen.

A. <u>Opleidingsniveau versus kennis en gedrag:</u>

We vergelijken de vrouwen met een lager, middelbaar of hoger diploma met elkaar met behulp van de Pearson-Chi-kwadraattest. Zo zien we dat een significante associatie tussen het opleidingsniveau en al dan niet kennis hebben van het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker (p = 0,026). Uit onderstaande kruistabel zien we dat de vrouwen met een diploma voor middelbaar onderwijs vaker aangeven het bevolkingsonderzoek te kennen. Dit zijn 17 vrouwen of 68% van de vrouwen die het bevolkingsonderzoek kennen. Er zijn 10 vrouwen met een lager diploma die het Bevolkingsonderzoek niet kennen. Dit is 55,6% van de vrouwen die het Bevolkingsonderzoek niet kennen.

Kennis van het bevolkingsonderzoek versus Opleiding

			Hoogst behaalde diploma			
			LAGER	MIDDELBAAR	HOGER	Totaal
bevolkingsonderzoek	Nee	Aantal	10	5	3	18
		% binnen bevolkingsonderzoek	55,6%	27,8%	16,7%	100,0%
	Ja	Aantal	5	17	3	25
		% binnen bevolkingsonderzoek	20,0%	68,0%	12,0%	100,0%
Totaal		Aantal	15	22	6	43
		% binnen bevolkingsonderzoek	34,9%	51,2%	14,0%	100,0%

Er kon geen positieve samenhang worden aangetoond tussen de opleiding van de vrouwen met de kennis over de oorzaken van baarmoederhalskanker. Ook was er geen significante associatie tussen de opleiding en hun screeningsgedrag (het al dan niet laten uitvoeren van een uitstrijkje de afgelopen 3 jaar).

B. Generatie MEM versus kennis en gedrag

Binnen onze onderzoekspopulatie kunnen we een onderscheid maken tussen de vrouwen van de 1ste en de 2de generatie in België. De vrouwen van de 1ste generatie werden in Turkije of Bulgarije geboren en kwamen op latere leeftijd hier wonen. De 2de generatie vrouwen zijn geboren in België, doch minimum 1 van hun ouders komt uit Turkije of Bulgarije.

Opnieuw gebruikten we de Pearson-Chi-kwadraattest. We vonden geen positieve samenhang tussen kennis noch screeningsgedrag tussen de vrouwen van de 1ste en de 2de generatie in ons land.

C. Afkomst versus kennis en gedrag

Op dezelfde manier kunnen we de vrouwen van Turkse en Bulgaarse afkomst vergelijken op vlak van kennis omtrent het bevolkingsonderzoek, baarmoederhalskanker en hun screeningsgedrag.

Hier konden we wel een positieve samenhang vinden met de Pearson-Chi-kwadraattest tussen het land van afkomst en al dan niet kennis van het bevolkingsonderzoek ($p = 0,024$). Als we de bijhorende kruistabel bekijken, lijkt het dat de Turkse vrouwen vaker aangeven het bevolkingsonderzoek te kennen.

Kennis van het bevolkingsonderzoek versus Land van afkomst

			Afkomst		
			TURKIJE	BULGARIJE	Totaal
Kennis van het Bevolkingsonderzoek	Nee	Aantal	9	10	19
		% binnen het bevolkingsonderzoek	47,4%	52,6%	100,0%
	Ja	Aantal	20	5	25
		% binnen het bevolkingsonderzoek	80,0%	20,0%	100,0%
Totaal		Aantal	29	15	44
		% binnen het bevolkingsonderzoek	65,9%	34,1%	100,0%

Er kon geen positieve samenhang vastgesteld worden tussen het land van afkomst en de kennis omtrent baarmoederhalskanker, alsook het screeningsgedrag.

D. <u>Leeftijd versus kennis en gedrag</u>

We gebruikten hier de T-test om een samenhang tussen de gemiddelde leeftijd en de kennis en het gedrag van de vrouwen aan te tonen. We konden voor geen enkele variabele een samenhang vinden met de gemiddelde leeftijd van de vrouwen. Alle t-waarden waren niet significant verschillend van elkaar.

E. <u>Kennis van het Nederlands versus kennis en gedrag</u>

Door middel van de T-test konden we het volgende aantonen. De gemiddelde kennis van het Nederlands van de vrouwen die het bevolkingsonderzoek kennen is significant hoger dan bij de vrouwen die het bevolkingsonderzoek niet kennen ($p = 0,033$). De gemiddelde kennis van het Nederlands bij vrouwen die het bevolkingsonderzoek kennen is 63,77% ten opzichte van een gemiddelde kennis van het Nederlands van 37,87% bij de vrouwen die het bevolkingsonderzoek niet kennen.

Er is geen significante samenhang tussen de gemiddelde kennis van het Nederlands en de kennis over baarmoederhalskanker, noch met het screeningsgedrag van de vrouwen.

DISCUSSIE

A. Discussie

In de literatuurstudie die we vooraf deden, kwamen steeds dezelfde drempels terug om deel te nemen aan de screening voor baarmoederhalskanker. De belangrijkste risicofactoren voor een verminderde deelname aan het bevolkingsonderzoek zijn het behoren tot de groep MEM en het bekleden van een lagere socio-economische status. Een andere opvatting op de gezondheidszorg, het ontbreken van kennis omtrent preventieve gezondheidszorg en gezondheidsvaardigheden en socio-culturele factoren spelen uiteraard ook een rol (2, 6, 10, 14, 16-19, 21-23).

In de enquête baseerden we ons hierop om het taalniveau, de migratie-achtergrond en het hoogste diploma van de deelnemende vrouwen na te vragen. Verder waren we vooral geïnteresseerd naar hun kennis omtrent het bevolkingsonderzoek (BVO) voor baarmoederhalskanker, kennis omtrent de oorzaken van baarmoederhalskanker en het bestaan van vaccinatie tegen HPV. Ook wilden we met de enquête zicht krijgen op het gedrag van deze 2 groepen MEM. Zo peilden we ook naar hun laatste screeningsactiviteit voor baarmoederhalskanker, hun vaccinatiestatus en visie op vaccinatie bij hun (al dan niet bestaande) dochters. Geen enkele vrouw weigerde aan het onderzoek deel te nemen. De vrouwen waren over het algemeen erg geïnteresseerd in het onderwerp en wilden hier graag meer over weten. Enkele vrouwen planden na het afnemen van de vragenlijst meteen een vervolgconsult voor een uitstrijkje.

Vooraleer we de kennis en het gedrag van deze vrouwen onder de loep nemen, wil ik nog even enkele zaken opmerken. Allereerst viel het verschil in taalniveau tijdens het afnemen van de enquêtes direct op. Er waren enquêtes beschikbaar in het Nederlands, Turks en Bulgaars. Geen enkele Bulgaarse vrouw vulde een Nederlandse enquête in. Bij de Turkse vrouwen waren het ook eerder opvallend de jongere Turkse generatie die een enquête in het Nederlands invulde. Deze bedenking werd bevestigd binnen onze beschrijvende resultaten. Hier zien we een duidelijk verschil tussen de taalkennis tussen de Turkse en Bulgaarse vrouwen en de 1ste en 2de generatie Turkse vrouwen onderling. De Turkse vrouwen van de 2de generatie scoorden beter dan de Turkse vrouwen van de 1ste generatie (d.i. gemiddeld 91,2% versus 49,5%), wat logische resultaten zijn indien we ervan uitgaan dat de jongere Turkse vrouwen tot de 2de generatie migranten behoren. De Bulgaarse vrouwen hadden over het algemeen de slechtste kennis van het Nederlands. Zij scoorden gemiddeld 29,2%. De groep Bulgaren migreerden echter veel later dan de Turken. Zij kwamen pas in Gent aan in het kader van arbeidsmigratie vanaf 2007, wanneer Bulgarije tot de EU toetrad. De eerste Turkse arbeiders arriveerden in Gent in 1964. Tot 60% van deze Bulgaarse Gentenaars behoren tot de Rom-zigeuners, een groep mensen met een gemiddeld lager

opleidingsniveau. Arbeidsmigratie bij deze groepen zorgt er vaak voor dat deze mensen in een (semi-) zelfstandigen statuut terecht komen met weinig sociale zekerheid en dus weinig tijd over om hiernaast nog Nederlandse lessen te volgen. Zo kunnen we de mindere kennis van het Nederlands bij de Bulgaarse groep toch logisch verklaren (9).

Het uiteindelijke doel van deze thesis was echter om te peilen naar de kennis en attitudes van de Turkse en Bulgaarse vrouwelijke patiënten binnen onze huisartsenpraktijk. Laten we beginnen met de **kennis over het bevolkingsonderzoek**. Van de 46 vrouwen die bevraagd werden, kende ongeveer 2 op de 5 vrouwen het BVO niet. Bij de vrouwen van Bulgaarse origine is dit 3 op 5 vrouwen. We konden dus een positieve samenhang vinden tussen het land van afkomst en de kennis van het bevolkingsonderzoek. De Turkse vrouwen leken het bevolkingsonderzoek vaker te kennen. Als we deze resultaten met de literatuur vergelijken van Koc et al. en Gol et al. scoren onze Turkse vrouwen niet zo slecht. Hoewel de kennis van de Turkse verpleegkundigen omtrent baarmoederhals kanker uit deze studies over het algemeen erbarmelijk was, bleken zij toch vrij goed op de hoogte van de screeningsmogelijkheden. 72,2% Kende de plaatselijke screeningsmethode voor baarmoederhalskanker (12, 26). Waarom de Turkse vrouwen vermoedelijk beter op de hoogte lijken dan de Bulgaarse vrouwen kunnen we moeilijk verklaren met de huidige literatuur. Specifieke studies omtrent de Bulgaarse MEM in België zijn immers onbestaand, doch ook studies binnen Europa zijn erg schaars. Ook op de kennis van Vlaamse vrouwen omtrent het BVO, hebben we weinig zicht. Logischerwijs liggen deze wel boven de dekkingsgraad van het BVO (nl. 63,5%). Bij de Bulgaarse vrouwen speelt de mate van integratie in België ook hier vermoedelijk weer een rol. Hoe langer je in een land bent, hoe meer je je reeds kon aanpassen. Ook het verschil in taalkennis en hand in hand hiermee de mate van gezondheidsvaardigheden of health literacy dragen bij tot dit verschil. Dit laatste, “health literacy”, is een breed concept waarbij niet alleen naar het kunnen lezen en begrijpen van de taal gekeken wordt, doch ook naar het betekenis geven van de medische informatie, alsook naar het analyseren van deze informatie en dit gebruiken in hun keuzes voor medische behandelingen (23, 25, 27-29). Bulgaarse MEM kregen vanuit hun geboorteland ook andere visies en gewoontes mee. Zo zouden ze wel een positieve houding hebben ten opzichte van screening. Jammer genoeg zijn Bulgaarse zorgverleners gedwongen om preventieve geneeskunde tot een minimum te herleiden daar ze maar een beperkt aantal vrouwen naar de gynaecoloog mogen verwijzen. Bijgevolg wordt dit liever voorbehouden voor curatieve zorg (20). Uiteraard gaat het hier vermoedelijk om een samenloop van factoren, eerder dan één enkele reden waarom er nog duidelijke verschillen zijn tussen de MEM onderling (6, 33). Een mogelijke model om al deze verschillen omtrent gezondheidsgedrag naast elkaar te verklaren is het “Health Belief Model” (HBM). Dit model kwam tot stand in de jaren ’50 met als doel het verklaren waarom mensen niet deelnemen aan preventie of screening programma’s. Het model gaat ervan uit dat verschillende factoren de beslissing om een bepaald gedrag te vertonen, beïnvloeden.

Dit wordt deels bepaald door het feit of er al dan niet een gezondheidsrisico dreigt. Deels wordt het door de arts aanbevolen gedrag geëvalueerd. Een erg belangrijke bedenking bij dit model is dat mensen die van oordeel zijn dat hun gezondheid wordt bepaald door hun eigen handelen (internal locus of control), eerder geneigd zijn om acties te ondernemen om de eigen gezondheid te bevorderen (34). Uit onderzoek blijkt er vaker in de "health beliefs" van bijvoorbeeld Roma populaties een "external locus of control" aanwezig. Die zorgt ervoor dat het gevoel van controle over de eigen gezondheid laag is, en factoren die ziek maken buiten de eigen verantwoordelijkheid worden gezien (35).

Verder gericht onderzoek is noodzakelijk om deze factoren apart te analyseren en zo mogelijk te verklaren. Alleen dan kunnen we hierop gericht anticiperen binnen de huisartsenpraktijk.

Een andere positieve samenhang met de kennis van het BVO was het gemiddelde taalniveau van de vrouwen. Deelneemsters die het bevolkingsonderzoek kenden, leken een hogere gemiddelde kennis van het Nederlands te hebben. Dit kan erop wijzen dat taal effectief een barrière is om op de hoogte te zijn van screeningsmogelijkheden in het gastland. Dit ligt in dezelfde lijn met wat we hierover in de literatuurstudie reeds vonden. In enkele kwalitatieve studies gaven MEM zelf aan dat taalbarrières leiden tot een bemoeilijkte communicatie met hulpverleners (23, 31). Het rapport over de gezondheid van de Roma in Europa, in opdracht van de Europese commissie vond zelfs dat de taalbarrière de grootste impact had op de Roma om niet tot goede gezondheidszorg te komen. Er is hiernaast ook een gebrek aan tolken en aan degelijk vertaald materiaal over de mogelijke gezondheidsdiensten (25). Bovendien zijn interculturele dokter-patiënten contacten vaak een bron van misverstanden en onvolledige informatie-uitwisseling die ook de kwaliteit van zorg naar beneden haalt. Als gevolg hiervan is er vaak minder wederzijds begrip en vertrouwen. Bovendien zouden artsen zich vaak minder competent voelen deze patiënten te helpen en deze patiënten op hun beurt zich minder assertief en verbaal expressief voelen. In het kader van preventieve gezondheidszorg in de eerste lijn is een gemeenschappelijke taal natuurlijk cruciaal om tot een goede communicatie te komen over de ideeën en verwachtingen van zowel de patiënt als de hulpverlener omtrent screening en het bevolkingsonderzoek (1).

Een laatste significante samenhang tussen kennis van het BVO vonden we in de graad van opleiding terug. We zagen in de resultaten dat de meeste vrouwen hun middelbare studies hadden afgerond. De vrouwen die het bevolkingsonderzoek kenden, hadden vaker middelbare studies gedaan (68 %). Ook zagen we dat vrouwen die het bevolkingsonderzoek niet kenden, eerder slechts een diploma lager onderwijs hadden (55,6 %). In de literatuur beschreef Levecque et al. reeds in 2006 dat Turkse MEM in België eerder een lagere opleiding hadden dan de lokale bevolking (6). Adam en Torrekens nuanceerden deze resultaten echter met een later rapport in 2015 dat de opleidingsgraad van de Turkse Belgen sinds hun aankomst hier reeds flink verhoogd was (24). Hierbij zien we opnieuw dat integratie, en een langer

verblijf in het gastland, de kansen op een hogere opleiding, en daarmee gepaard gaande een hogere health literacy, doet stijgen. Er zijn opnieuw opvallend weinig gegevens over de Bulgaarse MEM. Onterecht lijkt mij, daar deze groep sinds 2010 reeds talrijker is dan de Turkse MEM in Gent (7). Hoog tijd dat we ook in deze groep Belgen investeren voor verder onderzoek. Een lagere opleiding werd in de literatuur meermaals bevestigd als risicofactor voor mindere deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker (2). Todorova et al. kon dit bevestigen voor Bulgaarse vrouwen in Bulgarije (20). Deze correlatie konden we met onze studie echter niet significant aantonen, doch deze studie had dan ook een erg beperkte onderzoekspopulatie.

Op vlak van **kennis omtrent de oorzaken van baarmoederhalskanker** scoorden de vrouwen erbarmelijk. 42 Van de 46 ondervraagde vrouwen (91,3%) kenden de oorzaken van baarmoederhalskanker niet. Er is hier tussen de verschillende groepen MEM weinig verschil. In de studies van Koc et al. en Gol et al. kenden respectievelijk 77,4% en 75,5% van de Turkse verpleegkundigen (nochtans een groep waarbij men omwille van hun opleiding toch een hogere kennis zou verwachten) de risicofactoren voor baarmoederhalskanker niet. Slechts 48,7% duidde HPV als risicofactor aan uit een meerkeuzelijst (12, 26). De resultaten van onze vrouwen op deze navraag waren dus ondermaats. Bij een navraag in 2007, op het moment van de introductie van het HPV vaccin in België, werd een navraag gedaan bij Vlaamse vrouwen. 50,4% Van de respondenten waren ervan bewust dat baarmoederhalskanker veroorzaakt wordt door een virus. Vrouwen die reeds een afwijkend uitstrijkje of HPV test hadden gehad, waren beter op de hoogte, alsook oudere vrouwen en vrouwen met een hogere opleiding (36). In onze kleinschalige studie konden we deze resultaten niet significant bevestigen.

Op vlak van **kennis van vaccinatie** scoorden de vrouwen dan wel weer beter. 26 (61,9%) vrouwen gaven aan dit te kennen. Opvallend leken de Bulgaarse vrouwen beter op de hoogte te zijn van de mogelijkheid tot vaccinatie. Dit is 71,4% van de Bulgaarse vrouwen terwijl bij de Turkse vrouwen van de 1ste en 2de generatie dit respectievelijk maar 58,8% en 54,5% is. Vergeleken met de literatuur van Koc et al. en Gol et al. is dit 63,8% en 54,5% (12, 26). Ik vind dit persoonlijk een vreemd gegeven daar het wat strookt met de andere uitkomsten. We mogen bij alle resultaten de invloed van het sociaal wenselijk gedrag niet onderschatten. Zo kunnen vrouwen steeds doen alsof ze hier wel veel over weten, terwijl dit eigenlijk niet zo is. Dit gebeurt meestal uit schaamte of uit schrik voor mogelijke gevolgen. Alsook blijft dit een zeer kleinschalige studie, waardoor we hieruit geen zware conclusies kunnen trekken. De kennis van vaccinatie bij Vlaamse vrouwen ligt gelijkaardig met de resultaten van de Bulgaarse vrouwen in deze studie (69%). De meeste vrouwen werden geïnformeerd door de media. Slechts 1,3% werd geïnformeerd door de huisarts en 3,8% door de gynaecoloog (36). Dit zijn vrij pijnlijke resultaten, daar het vooral de taak van de huisarts is om vrouwen in te lichten omtrent preventieve gezondheidszorg.

Echter veel vrouwen komen ook via de scholen in aanraking met vaccinatie voor hun minderjarige dochters. Hiernaast kondigt het BVO elk jaar in mei een grote mediacampagne aan voor bewustmaking omtrent de screening en vaccinatie tegen baarmoederhalskanker (10).

Als we het **screeningsgedrag** van de onderzoekspopulatie vergelijken met het algemene screeningsgedrag van de Belgische bevolking, komen we op gelijkaardige resultaten uit. Zo lieten 63% van de vrouwen binnen dit onderzoek zich de afgelopen 3 jaar screenen voor baarmoederhalskanker. Uit het jaarrapport van het BVO van 2016 bleek dat 63,5% van de Vlaamse vrouwen zich lieten screenen (10). De Turkse vrouwen van de 2de generatie lijken meer geneigd zich te laten screenen, op de voet gevolgd door de Turkse vrouwen van de 1ste generatie. Doch een significant verschil kon niet aangetoond worden. Het verschil met de Turkse verpleegkundigen in Turkije is enorm! Daar liet respectievelijk slechts 13,8% en 11% van de ondervraagde vrouwen ooit een uitstrijkje doen (12, 26). In Turkije is er echter nog geen georganiseerd bevolkingsonderzoek voor screening naar baarmoederhalskanker, ofschoon een terugbetaling hiervoor. Ook in Bulgarije is er geen georganiseerd BVO. De screening gebeurt opportunistisch en de screeningratio's zijn bijgevolg ook laag. Zo lieten slechts 45,9% van de Bulgaarse vrouwen in een Bulgaarse studie ooit een uitstrijkje doen, waarvan 30,8% hiervan in de laatste 3 jaar (20).

Opvallend binnen onze resultaten was dat 84,6 % van de vrouwen die zich lieten screenen, dit bij de gynaecoloog lieten doen. Volgens de literatuur kan dit deels verklaard doordat MEM eerder geneigd zijn om sneller bij de specialist te rade te gaan (6, 22, 23). Azerkan et al. beschreef dat vrouwen in de reproductieve leeftijd beter gescreend werden, daar ze frequenter de gynaecoloog consulteren voor gynaecologische problemen of bij het opvolgen van hun zwangerschappen (17). Deze trend konden we hier echter niet terugvinden binnen deze resultaten. Persoonlijk denk ik ook dat het meespeelt dat veel vrouwen niet weten dat een uitstrijkje bij de huisarts ook mogelijk is.

Als laatste peilden we naar de **visie en het gedrag** van de Turkse en Bulgaarse MEM ten opzichte van **vaccinatie**. Door het onderverdelen van deze vraag, lieten 17 vrouwen een deel van de vraag omtrent vaccinatie kennis en gedrag blanco. Hierdoor konden we een samenhang niet getrouw onderzoeken. Onder de vrouwen die deze vraag wel volledig invulden, zien we echter dat alle 2de generatie Turkse die antwoordden, open staan voor vaccinatie. Dit waren echter slechts 5 vrouwen. Ook bij de 1ste generatie Turkse vrouwen was de meerderheid van de vrouwen (9 vrouwen of 75,0%) pro vaccinatie. De Bulgaarse vrouwen die deelnamen zijn echter minder overtuigd. Slechts 5 (41,7%) vrouwen stemden voor. Zij vermeldden bij de vrije tekst ook vaker expliciet tegen vaccinatie te zijn. Bij het afnemen van de enquêtes viel me dit reeds enorm op. Een duidelijke reden waarom, werd niet aangereikt. Deze bevinding konden we ook niet linken aan de literatuur. Een factor die zou kunnen meespelen is het feit dat de Bulgaarse

MEM pas later dan de Turkse MEM naar België kwamen. Hoe langer men in het land is, hoe meer een bevolkingsgroep de tijd heeft om zich aan te passen aan de lokale situatie en gezondheidsgewoontes. Rondet et al. vonden dat de graad van inburgering van MEM een duidelijke invloed heeft op het screeningsgedrag (16). Ook Khadilkar et al. bevestigen dat vrouwen die langer in het gastland aanwezig zijn, zich sneller zullen laten screenen (18). Om deze gedachtegang omtrent het screeningsgedrag van MEM in deze studies meteen te extrapoleren naar het vaccinatiegedrag van Belgische MEM, zou nogal kort door de bocht zijn. Doch dit zegt toch al iets. Onderzoek naar Oost-Europese nieuwkomers in België, zoals bijvoorbeeld de Roma-zigeuners, zijn nodig om op deze bevindingen te kunnen inspelen.

Om deze resultaten nu om te zetten naar een kwaliteit verbeterend project, dienden we het screeningsproces en alle mogelijke drempels te analyseren. Voor elke drempel kan nu gericht een oplossing gezocht worden binnen de huisartsenpraktijk of ruimer, binnen het bevolkingsonderzoek van Vlaanderen of binnen Europa.

B. Implicaties naar de toekomst toe

Eerstelijnsgezondheidszorg:

De beperkte kennis bij MEM van baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek zijn een groot struikelblok. Om patiënten binnen de huisartsenpraktijk gericht info te kunnen geven moeten we vaak eerst nog een taalbarrière zien te overwinnen. Er zijn heel wat mogelijkheden omtrent taalondersteuning in de huisartsenpraktijk, doch deze worden nog niet ten volle gebruikt. Zo zijn er onder meer telefonische tolken, videotolken en informele of professionele tolken ter plaatse. Ook kan gebruik gemaakt worden van digitale vertaaltools of visuele ondersteuning zoals gebaren, pictogrammen of tekeningen. Dit vergt echter een basis inzit en kennis van de huisarts om hiermee vertrouwd te zijn en dit tot een gewoonte te maken. Wanneer we dan kunnen communiceren met de patiënt kunnen we ze de patiënt ter plaatse info geven. Bij tijdsgebrek kunnen we de patiënt ook steeds een vertaalde folder meegeven of verwijzen naar een website met info in de taal van de patiënt (www.zanzu.be). Zanzu.be is een website en initiatief van Sensoa waarbij toegankelijke info omtrent zwangerschap, seksualiteit en infecties, alsook patiënten rechten beschikbaar is in maar liefst 14 talen (37). Veel info over baarmoederhalskanker vinden we hier echter niet, maar het is een begin. Het verspreiden van vertaalde folders omtrent het BVO lijkt een belangrijke taak voor het BVO zelf. Vandaag zijn de folders echter beperkt tot het Nederlands, Engels en Frans. Met hun jaarlijkse promocampagne in mei plannen ze wel meerdere vertalingen op te nemen. Welke dit zijn, en of men bezig is met het cultuursensitief maken van deze campagne is nog niet gekend (10). In tussentijd kunnen we ons behelpen met vertaalde folders

van andere landen om de patiënten toch ietwat uitleg te kunnen verschaffen. Deze zijn natuurlijk niet volledig extrapoleerbaar naar de Vlaamse en Belgische gezondheidssituatie.

Bij het informeren van de MEM omtrent screening voor baarmoederhalskanker dient rekening gehouden te worden met hun migratie achtergrond en hun andere socio-culturele opvattingen omtrent ziekte, gezondheid en preventieve gezondheidszorg. Alleen dan kunnen we deze vrouwen gerichter benaderen, en inspelen op deze drempels. Een goede kennis van de zorgverlener omtrent de achtergrond van zijn patiënt is dus onontbeerlijk (6, 14, 33).

De huisarts zit immers in een cruciale positie om de screening van baarmoederhalskanker te promoten. Domus Medica legt deze verantwoordelijkheid dan ook bij de huisarts. Ook vanuit de patiënten wordt er van de huisarts verwacht vrouwen in te lichten over de mogelijkheid van screening, en hen erop te wijzen wanneer hun 3-jaarlijkse check-up dient gedaan te worden. Door middel van het elektronisch dossier kan het uitstrijkje gemakkelijk geregistreerd worden. De meeste medische programma's bevatten ook de mogelijkheid een "planning" bij te houden of een "pop-up" venster te laten verschijnen bij het openen van het dossier. Met een oogopslag kan de huisarts zo de screeningsstatus van de patiënt bekijken. Dit kan een ondersteuning zijn om actief aan preventie te doen (2, 6, 22). Mogelijke beperkingen voor deze strategie zijn het niet hebben van een medisch elektronisch patiëntendossier of het niet coderen van patiëntengegevens. Ook is het niets steeds mogelijk de screeningstatus van de patiënt te weten. Heel wat vrouwen laten dit immers bij de gynaecoloog doen, doch deze stuurt niet steeds de uitslag naar de (al dan niet juiste) huisarts. Voor vele huisartsen lijkt dit misschien een hele opgave, uit ervaring kan ik zeggen dat het de opvolging van de patiënt enkel vergemakkelijkt. We passen dit met de praktijk reeds heel systematisch toe en hebben zo een mooi overzicht. Op voorwaarde dat we de informatie ook daadwerkelijk ontvingen. Dit kan voor onze praktijk enkel een stimulans zijn om op deze manier verder te werken, of zelfs gerichter/frequenter de screeningsstatus en migratie-achtergrond van de vrouwen na te vragen en te noteren/coderen in het dossier indien dit nog niet gekend is.

Beleidsniveau:

Op hoger niveau moeten we de instanties van het BVO bewust maken van dit probleem. Zij evalueren reeds jaarlijks de screening op zoek naar naar risicogroepen en hoe ze ook deze beter kunnen bereiken (10). Het BVO is bijvoorbeeld ook erg bezig met de nieuwe onderzoeken omtrent de zelfafname test voor HPV. De onderzoeksresultaten komen er later in 2017 aan. Dit zal bepalen of ze met deze methode verder aan de slag zullen gaan. De zelfafname test voor HPV is een mogelijkheid om heel wat barrières bij MEM in de toekomst te omzeilen. Vrouwen kunnen met behulp van een screeningspakket waar en wanneer ze willen een swap afnemen. Dit kan in alle privacy van thuis (22). De zelfafname test lijkt een grote rol te krijgen bij het verminderen van ongelijkheid in het kader van kankerscreening. Deze techniek

staat echter nog in zijn kinderschoenen. (10). Een andere manier om het bevolkingsonderzoek meer onder de aandacht te brengen is met een promotiecampagne. In mei 2017 wordt zo'n campagne georganiseerd door het BVO. De media kan info omtrent de screening ook erg gemakkelijk op grote schaal verspreiden.

Hier volledig los van, lijkt het mij ook erg belangrijk om nog even de bredere context te schetsen. In ons land kunnen we nog heel wat winst boeken om kwetsbare groepen beter te bereiken in screeningcampagnes. Doch wanneer we ruimer kijken dan België en Europa lijkt het mij ook erg belangrijk om ontwikkelingslanden te helpen om georganiseerde screeningprogramma's op te zetten. In deze landen kan immers nog veel meer winst geboekt worden op vlak van incidentie en mortaliteit door baarmoederhalskanker. 80% Van de slachtoffers van baarmoederhalskanker vallen immers in deze minder ontwikkelde landen. Deze gegevens worden bevestigd door het kankerrapport van de WHO (13). Hiermee wil ik uiteraard de grotere discussie omtrent zinvolheid van ontwikkelingshulp niet openen, maar wel onderstrepen dat dit probleem relatief is binnen een groter kader en de ene noodzaak de ander uiteraard niet uitsluit. Klein begonnen schijnt groot gewonnen.

C. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Belangrijke sterktes in dit onderzoek waren dat dit onderzoek in de eigen praktijk werd uitgevoerd. Enquêtes werden door de arts zelf geëxpliceerd en afgenomen. De enquêtes werden door professionele tolken vertaald in de moedertaal van de patiënten. Bij het afnemen van de enquêtes was er erg veel interesse van de vrouwen uit voor het onderwerp. Zo konden we patiënten laagdrempelig informatie meegeven. Enkele vrouwen gingen direct tot actie over en maakten ter plaatse een afspraak voor een uitstrijkje. Ook konden we hierbij steeds aangeven dat afname van een uitstrijkje bij de huisarts ook mogelijk was. Deze zeer specifieke aandacht voor deze kwetsbare groep werd erg geappreciëerd en we konden op deze manier goede preventieve zorg verlenen.

Uiteraard heeft dit onderzoek ook een aantal zwaktes. Zo ervaarden we beperkingen in sommige vragen van de enquête, waardoor enkele interessante topics niet door iedereen beantwoord werden. Alsook maakten we geen vergelijking van de antwoorden met de patiëntenpopulatie zonder migratie-achtergrond. Bij het afnemen van de enquêtes merkten we ook een grote beperking binnen ons medisch dossier. Hier kunnen we immers het land van afkomst aanduiden, doch was voor geen enkele patiënt in orde.

D. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Over de screening voor baarmoederhalskanker bestaat enorm veel literatuur. Ook zijn er al heel wat studies specifiek over MEM. Enkele groepen blijven echter wel in de kou staan. Zo zijn studies omtrent Oost-Europese vrouwen en hun kennis en visie op baarmoederhalskanker en screening/vaccinatie erg schaars. Dit is echter een zeer grote groep MEM binnen ons land waar we nog veel winst kunnen boeken op vlak van preventieve gezondheidszorg. Ook qua sensibiliseringsmateriaal is het een trieste bedoening in België. Zo zijn er geen folders in een andere taal dan het Engels, Nederlands of Frans. Doch deze worden ons door het BVO beloofd. Een ander opvallend iets is dat er overal sensibiliseringscampagnes of programma's worden uitgewerkt om deze risicogroepen beter te bereiken. Het BVO in België dient zich nog cultuur sensitiever op te stellen.

CONCLUSIE

Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Hoewel er een vaccin en een goede behandeling beschikbaar zijn, overlijden in Vlaanderen elk jaar iets meer dan honderd vrouwen aan baarmoederhalskanker. Vrouwen die behoren tot een etnische minderheid (MEM) en vrouwen met een lagere socio-economische status lopen een groter risico daar zij vaker onvoldoende gescreend worden. Mogelijke barrières voor screening bij deze vrouwen zijn andere culturele opvattingen, de taal, kennis omtrent het gezondheidssysteem, angst en schaamtegevoelens. De huisarts heeft een centrale rol om ook deze vrouwen te informeren en te motiveren tot deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Met deze thesis willen we bij de Turkse en Bulgaarse vrouwen uit onze huisartsenpraktijk nagaan wat hun kennis en attitude is ten opzichte van baarmoederhalsscreening en vaccinatie. Uit deze gegevens hoopten we gericht naar oplossingen te kunnen zoeken om deze benadeelde patiëntengroep een kwalitatievere en meer efficiëntere preventieve zorg aan te bieden. Op basis van een literatuurstudie werd een een vragenlijst opgesteld en door professionele tolken vertaald in het Turks en Bulgaars. Na het invullen van een informed consent werd de vragenlijst bij alle vrouwelijke patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, afgenomen Er werden 46 vrouwen in de studie geïncludeerd tussen 25 en 64 jaar waarvan 30 Turkse en 16 Bulgaarse vrouwen. Op vlak van kennis van het bevolkingsonderzoek bleken gemiddeld 2 op 5 vrouwen dit niet te kennen. Bij de Bulgaarse vrouwen was dit 3 op 5. Een positieve samenhang kon vastgesteld worden met een hogere opleiding, een gemiddelde beter kennis van het Nederlands en een Turkse afkomst. Dit verschil tussen de Turkse en Bulgaarse vrouwen heeft vermoedelijk met integratie te maken. De Bulgaren kwamen pas in een latere migratiestroom naar België en staan bijgevolg achter op taal, kennis van het gezondheidssysteem en gezondheidsvaardigheden. Ook zijn zij vaker lager opgeleid. Op vlak van kennis omtrent de oorzaken van baarmoederhalskanker scoorden alle MEM erg laag in vergelijking met de autochtone bevolking. Hier kenden 91,3% van de vrouwen de oorzaken niet. 61,9% Van de vrouwen wisten echter wel van het bestaan van een vaccin tegen HPV. Opvallend waren dit meer Bulgaarse vrouwen. Het screeningsgedrag van de onderzochte vrouwen loopt gelijkaardig met dat van de Vlaamse vrouwen. Het merendeel laat zich echter wel bij de gynaecoloog screenen. Dit is 84,6%. Omtrent de visie op vaccinatie waren Turkse vrouwen opvallend pro, terwijl Bulgaarse vrouwen eerder tegen vaccinatie leken te zijn.

We kunnen bijgevolg concluderen dat de kennis bij MEM over de verschillende aspecten van baarmoederhalskanker vrij laag is, nog lager dan bij de autochtone bevolking. Dit heeft onder meer te maken met de taal, duur van verblijf in België en het opleidingsniveau. Op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen we hierop inspelen door deze kwetsbare vrouwen actief te informeren en ze te motiveren tot screening. Hier speelt de huisarts een sleutelrol. De aangereikte

barrières van taal kunnen deels omzeild worden door het gebruik van tolken en vertaalde folders. Een achtergrondkennis van de socio-culturele verschillen van MEM bij de zorgverlener zou een basis kunnen vormen voor een goede communicatie. Zo kunnen misverstanden bij de hulpverlening beperkt blijven. Ook tools zoals pop-ups of een actieve planning in het medisch programma kunnen de huisarts ondersteunen om actief aan preventie te doen bij deze risicogroep. Op beleidsniveau dient het bevolkingsonderzoek zich nog meer aan te passen aan de diversiteit van de huidige samenleving. Dit kan door het bevolkingsonderzoek cultuur sensitiever te maken en zich meer te focussen op de risicogroepen.

REFERENTIES

1. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJ, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. Patient Educ Couns. 2015;98(4):420-45.
2. DomusMedica. Baarmoederhalsscreening: Domus Medica; 2014 [updated 19/02/201417/04/2017]. Available from: http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/cervixkanker.html.
3. Tjalma WA. The ideal cervical cancer screening recommendation for Belgium, an industrialized country in Europe. European journal of gynaecological oncology. 2014;35(3):211-8.
4. DomusMedica. Opvolgrapport bevolkingsonderzoek baarmoederhalsscreening 2014 17/04/2017. Available from: http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/opvolgrapporten/opvolgrapport_bevolkingsonderzoek_cervixkanker_2014.pdf
5. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. 2011.
6. Levecque K, Lodewyckx I, Vandeneede S, Timmerman C. Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen.: Steunpunt Gelijkekansenbeleid; 2006. 129 p.
7. StadGent. Gent in cijfers 2013, een omgevingsanalyse.2014:[130 p.]. Available from: https://stad.gent/sites/default/files/page/documents/omgevingsanalyseMETeng_frans.pdf.
8. Buurtmonitor Gent [Internet]. [cited 17/04/2017]. Available from: https://gent.buurtmonitor.be/dashboard/.
9. Lemaire M, Tuteleers P, van Den Durpel A. Intra-Europese migratie in de praktijk; een voorstelling van het project buurtstewards2016 26/04/2017. Available from: https://stad.gent/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven/buurtstewards.
10. Bevolkingsonderzoek. Jaarrapport 2016. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2016CvKO_SKR.pdf.
11. BelgianCancerRegistry. Cancer Incidence in Belgium 2008. Available from: http://www.kankerregister.org/media/docs/StK_publicatie.pdf
12. Koc Z, Cinarli T. Cervical Cancer, Human Papillomavirus, and Vaccination: Knowledge, Awareness, and Practices Among Turkish Hospital Nurses. Nurs Res. 2015;64(6):452-65.
13. Boyle P, Levin B. World cancer report 200823/04/2017:[418-23 pp.]. Available from: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf.
14. Luke K. Cervical cancer screening: meeting the needs of minority ethnic women. Br J Cancer Suppl. 1996;29:S47-50.
15. Olson B, Gribble B, Dias J, Curryer C, Vo K, Kowal P, et al. Cervical cancer screening programs and guidelines in low- and middle-income countries. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2016.
16. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. PLoS One. 2014;9(1):e87046.
17. Azerkan F, Sparen P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendehdel K. Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. Int J Cancer. 2012;130(4):937-47.
18. Khadilkar A, Chen Y. Rate of cervical cancer screening associated with immigration status and number of years since immigration in Ontario, Canada. J Immigr Minor Health. 2013;15(2):244-8.
19. Wiedmeyer ML, Lofters A, Rashid M. Cervical cancer screening among vulnerable women: factors affecting guideline adherence at a community health centre in Toronto, Ont. Can Fam Physician. 2012;58(9):e521-6.

20. Todorova I, Baban A, Alexandrova-Karamanova A, Bradley J. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. Int J Public Health. 2009;54(4):222-32.
21. De Muynck A, Peeters RF. Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen. . 1997.
22. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2016;16(1):868.
23. Grandahl M, Tyden T, Gottvall M, Westerling R, Oscarsson M. Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study. Health Expect. 2015;18(3):344-54.
24. Adam I, Torrekens C. Marokkaanse en Turkse Belgen: een (zelf)portret van onze medeburgers2015 23/04/2017. Available from: https://www.kbs-frb.be/nl/~/media/Files/Bib/Publications/3322-POD-MarokkaanseTurkseBelgen-Final.pdf.
25. Matrix. Roma Health Report Health status of the Roma population Data collection in the Member States of the European Union2014 27/04/2017. Available from: http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf.
26. Gol I, Erkin O. Knowledge and practices of nurses on cervical cancer, HPV and HPV vaccine in Cankiri state hospital, Turkey. J Pak Med Assoc. 2016;66(12):1621-6.
27. Bosch A. Health Literacy, werken aan een "gezondheidsvaardig" Nederland: Twente; 2005.
28. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5):938-43.
29. Lindau ST, Basu A, Leitsch SA. Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal Pap smear: a prospective study. J Gen Intern Med. 2006;21(8):829-34.
30. Kocaoz S, Ozcelik H, Talas MS, Akkaya F, Ozkul F, Kurtulus A, et al. The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. J Cancer Educ. 2017.
31. Dunn SF, Lofters AK, Ginsburg OM, Meaney CA, Ahmad F, Moravac MC, et al. Cervical and Breast Cancer Screening After CARES: A Community Program for Immigrant and Marginalized Women. Am J Prev Med. 2017.
32. Virtanen A, Anttila A, Luostarinen T, Malila N, Nieminen P. Improving cervical cancer screening attendance in Finland. Int J Cancer. 2015;136(6):E677-84.
33. Chan DN, So WK. A Systematic Review of the Factors Influencing Ethnic Minority Women's Cervical Cancer Screening Behavior: From Intrapersonal to Policy Level. Cancer Nurs. 2017.
34. Barbe T. Inventaris van de mate waarin risicogroepen worden bereikt via lokale initiatieven inzake gezondheidszorg. Gent: UGent; 2010.
35. Van Cleemput P, Parry G, Thomas K, Peters J, Cooper C. Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. J Epidemiol Community Health. 2007;61(3):205-10.
36. Donders GG, Gabrovska M, Bellen G, Van Keirsbilck J, Van Den Bosch T, Riphagen I, et al. Knowledge of cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination at the moment of introduction of the vaccine in women in Belgium. Arch Gynecol Obstet. 2008;277(4):291-8.
37. SENSOA. 2015 [23/04/2017]. Available from: www.zanzu.be.

BIJLAGEN

1. Protocol Ethische Commissie
2. Gunstig advies Ethische Commissie

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

CERVIXKANKERSCREENING BIJ TURKSE EN BULGAARSE PATIËNTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK: EVALUATIE VAN KENNIS EN ATTITUDES BIJ PATIËNTEN EN DREMPELS IN HET BEREIKEN VAN DEZE POPULATIE.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DE MAESSCHALCK STEPHANIE
- FUNCTIE: POST-DOCTORAAL ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN ELGZ
- TELEFOONNUMMER: 09/3323612
- FAX: …
- E-MAIL: DEMAESSCHALCKSTEPHANIE@GMAIL.COM
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: BAUWENS LISA
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0484/726828
- E-MAIL: LISABAUWENS@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DE GRAUW MARC
- ADRES: JACOB VAN MAERLANTSTRAAT 51, GENT
- TELEFOONNUMMER: 09/2231134
- E-MAIL: TOLHUISLAAN@HOTMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: DUO + HAIO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: /
- NAAM ONDERZOEKER: /
- DATUM GOEDKEURING: / (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 APRIL 2016
- EINDE ONDERZOEK: 30 APRIL 2017

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0479	10-jun-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Cervixkankerscreening bij Turkse en Bulgaarse patiënten in de huisartspraktijk: evaluatie van kennis en attitudes bij patiënten en drempels in het bereiken van deze populatie (MaNaMa Lisa Bauwens)

Belgisch Registratienummer: B670201628456

* Adviesaanvraagformulier - versie 1 dd. 8/03/2016 (volledig ontvangen dd. 24/03/2016)
* Antwoord onderzoekers via mail dr. L. Bauwens dd. 09/06/2016 op opmerkingen EC dd. 11/04/2016
* Informatiebrief (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 09/06/2016)
* Toestemmingsformulier patiënt (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 09/06/2016)
* Vragenlijsten (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 09/06/2016)

Advies werd gevraagd door:

Dr. S. DE MAESSCHALCK ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/06/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/06/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/06/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/06/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/06/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/06/2016

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0479	10-jun-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0479

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

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be