Percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij migranten en etnische minderheden (MEM).

Dorien Vanden Bossche, UGent

Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck, UGent

Copromotor: Dr. Ines Keygnaert, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Een Manama-scriptie is geen soloproject. Daarom wil ik een aantal personen bedanken die dit project van dichtbij gevolgd en ondersteund hebben.

In de eerste plaats bedank ik graag mijn promotor Dr. Stéphanie De Maesschalck en copromotor Dr. Ines Keygnaert. Het was steeds boeiend om interessante feedback te krijgen van twee professionals op het gebied van migratie en seksuele en reproductieve gezondheid. Ik heb ongelooflijk veel bijgeleerd van jullie en kreeg de kans om nieuwe interesses te ontdekken.

Dit project kon uitgevoerd worden dankzij de medewerking van de huisartsen die ik mocht interviewen. Hen wil ik graag bedanken voor de interesse en de vrijgemaakte tijd.

Een speciale dank gaat uit naar mijn praktijkopleider in Wijkgezondheidscentrum De Sleep, Dr. Fien Mertens, voor de ijverige ondersteuning, het enthousiast toejuichen vanop de zijlijn en het luisterend oor. Je bent een rots in de branding!

Voor het ventileren en verteren van alle emoties rond deze Manama-thesis wil ik graag mijn vrienden en collega's bedanken. Met speciale vermelding van Eleonore, Timo en Melissa voor de doortastende adviezen, de warme geruststelling en het onverwoestbare vertrouwen. Mijn huisgenoten, Bob en Fien, voor de talloze schouderklopjes en begripvolle koffies. Jullie zijn van onschatbare waarde! En last but not least: Klaas, mi amor, dankjewel om er voor me te zijn met jouw oprechte interesse, open blik en brede schouders!

Mama en papa, jullie gaven me enorme kansen om te ontplooien en te dromen. Jullie steun en vertrouwen hebben ervoor gezorgd dat ik nu sta waar ik sta, en daar ben ik jullie ongelooflijk dankbaar voor!

Abstract

Titel: Percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij migranten en etnische minderheden (MEM).

Onderzoeker: Dorien Vanden Bossche

Promoter: Dr. Stéphanie De Maesschalck

Copromoter: Dr. Ines Keygnaert

Introductie

Om de seksuele en reproductieve rechten van migranten en etnische minderheden (MEM) te waarborgen is family planning van cruciaal belang. De huisarts speelt hierin een sleutelrol. Het is essentieel dat huisartsen op een cultuurgevoelige manier te werk gaan tijdens family planning consulten bij MEM. Hierover bestaan verschillende theoretische modellen, maar slechts weinig is gekend over de toepassing in de praktijk.

Deze masterproef heeft als doel meer inzicht te krijgen in de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot counseling rond family planning en anticonceptie bij MEM. De onderzoeksvragen waren:

1. Hoe komt family planning bij MEM aan bod komt bij de huisarts?
2. Wat zijn de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot het bespreken van family planning met MEM?
3. Op welke manier pakken huisartsen consulten over family planning bij MEM aan?

Methode

Het onderzoek bestond enerzijds uit een uitgebreide literatuurstudie, gevolgd door een kwalitatief onderzoek van elf semigestructureerde interviews met huisartsen. De resultaten van de kwalitatieve studie werden na het onderzoek vergeleken met de reeds bestaande literatuur.

Resultaten

Huisartsen vinden family planning bij MEM een belangrijk deel van hun takenpakket. Alhoewel ze zichzelf als de geschikte figuur zien om dit met hun patiënten te bespreken zien ze wel een moeilijkheid in het integreren van family planning in hun consultvoering. Een belangrijke barrière wordt gevormd doordat patiënten family planning niet als reason for encounter (RFE) brengen en het initiatief om over family planning te spreken nu grotendeels van de arts zelf komt. Mannelijke partners zijn vaak niet aanwezig bij family planning consulten, ondanks dat ze een grote invloed hebben op het anticonceptiegebruik van hun vrouwen. Huisartsen benoemen verschillende culturele, socio-economische en persoonlijke factoren die hun consulten over family planning met MEM beïnvloeden. Alhoewel ze het belang van zelfbewustzijn van eigen vooroordelen en stereotyperingen benadrukken, maken huisartsen zeer veel interpretaties van andere culturen. Huisartsen geven moeilijkheden aan wanneer ze geconfronteerd worden met andere normen en waarden tijdens consulten met MEM omtrent family planning.

Conclusie

Huisartsen vinden family planning bij MEM belangrijk, maar vinden het moeilijk om het initiatief te nemen om hierover te spreken. Mannelijke partners spelen een belangrijke rol bij family planning beslissingen. Daarom is het nuttig dat huisartsen het koppel samen zien en de mannelijke partner betrekken in het anticonceptiegesprek. Alhoewel huisartsen over een zeker niveau van zelfbewustzijn van vooroordelen en stereotyperingen beschikken, lijkt het nuttig om huisartsen te trainen in het exploreren van culturele verschillen. Hoe de huisarts te trainen in culturele competentie is een onderwerp voor verder onderzoek.

Inhoudstafel

Voorwoord c
Abstract ..... d
Introductie ..... d
Methode ..... d
Resultaten ..... d
Conclusie ..... d
Inhoudstafel ..... e
Verklarende woordenlijst ..... g
Migranten en etnische minderheden (MEM) ..... g
Patiënten met een migratie-achtergrond ..... g
Seksuele gezondheid ..... g
Reproductieve gezondheid ..... g
Family planning (counseling) of (consultvoering over) gezinsplanning ..... g
Cultuursensitieve counseling/zorg ..... g
Inleiding 1
Introductie 1
Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek 1
Relevantie voor de praktijk 1
Literatuuronderzoek 2
A. Wat is gekend over family planning en anticonceptiegebruik bij MEM? 2
B. Wat beïnvloedt het contraceptief gedrag? 3
C. Wat is gekend over de rol van de huisarts in family planning en anticonceptiezorg bij MEM? 5
D. Wat is gekend over cultuursensitieve counseling bij family planning? 7
Methode 12
Zoekmethode voor literatuuronderzoek 12
Objectieven 12
Selectiecriteria 12
Recrutering van deelnemers 13
Procedure 13
Data-analyse 14
Ethische procedure 14
Resultaten 15
Overzicht van de resultaten 15
1. Hoe komt family planning bij MEM aan bod? 15
1.1 Family planning als taak van de huisarts 15

1.2 Aanleidingen en initiatief voor het bespreken van family planning 16
1.3 Individuele counseling versus counseling met een koppel 17
2. Percepties en ervaringen van huisartsen bij het bespreken van family planning met MEM..... 15
2.1 Percepties van verschillen door huisartsen..... 18
2.2 Barrières en facilitatoren bij het bespreken van family planning met MEM 23
3 Aanpak van family planning consulten bij MEM door de huisarts..... 30
3.1. Wat is de globale aanpak van huisartsen tijdens family planning counseling bij MEM?..... 30
3.2. Uitdagingen 32
3.3 Hulpmiddelen 34
3.4 Voorstellen voor verbetering 35
3.5 Evolutie..... 36
Discussie 37
Initiatief in het consult 37
Culturele, sociale en demografische factoren..... 38
Vluchtelingen en recente migranten..... 37
Invloed van partner en familie 38
Omgaan met diversiteit..... 38
Training in culturele competentie..... 39
Verbeterpunten volgens huisartsen..... 39
Sterktes en zwaktes van het onderzoek..... 39
Besluit..... 41
Referenties 42
Bijlagen 44

Verklarende woordenlijst

Migranten en etnische minderheden (MEM)

Een migrant is iedere persoon die zijn vaste woonplaats verlaat en zich elders gaat vestigen.
Etnische minderheden, ook wel etnische-culturele minderheden genoemd, kunnen worden gedefinieerd als bevolkingsgroepen die een kwantitatieve minderheid vormen en die qua etnische en/of culturele kenmerken van de autochtone bevolking verschillen.

Patiënten met een migratie-achtergrond

De term 'patiënt met een migratie-achtergrond' wordt in deze thesis gebruikt voor een persoon die de huisartsenpraktijk consulteert en die eerste-, tweede- of derdegraads migrant is. Soms wordt in deze uiteenzetting ook het woord migrant gebruikt.

Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd (1).

Reproductieve gezondheid

Reproductieve gezondheid is een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn, en niet louter de afwezigheid van ziekte of lichamelijk ongemak, in alle zaken die verband houden met het voortplantingssysteem, de functies ervan en de daarmee verbonden processen. Reproductieve gezondheid impliceert dat mensen in staat zijn een bevredigend en veilig seksueel leven te hebben, dat zij de mogelijkheid hebben om zich voort te planten en de vrijheid om te beslissen of, wanneer en hoe vaak zij dat willen doen (1).

Family planning (counseling) of (consultvoering over) gezinsplanning

De planning van het aantal (hoeveel kinderen?) en de spreiding (wanneer moeten de kinderen worden geboren?) van geboortes door het informeren over en het gebruiken van methoden van geboorteregeling of anticonceptie. Family planning of gezinsplanning kadert binnen het recht op reproductieve gezondheid.

Cultuursensitieve counseling/zorg

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

Inleiding

Introductie

Family planning is zeer belangrijk in een samenleving die steeds diverser wordt. Het gebruik van anticonceptie in ons land blijkt lager te zijn in groepen met een lage socio-economische status en bij etnische minderheden. Daarbij zouden deze twee determinanten aanleiding geven tot een eerder ineffectief anticonceptiegebruik en meer ongeplande zwangerschappen (2). Dit gegeven valt op in Wijkgezondheidscentrum (WGC) De Sleep, waar een groot deel van de populatie de Belgische nationaliteit niet bezit. Ik heb gemerkt dat er niet veel vrouwen uit deze groep op consultatie komen in de praktijk met een expliciete vraag naar anticonceptie. Wel kwam ik in aanraking met ongeplande zwangerschappen bij vrouwen met een migratie-achtergrond die geen anticonceptie gebruikten. Het onderwerp family planning leek moeilijk bespreekbaar met mijn patiënten. Ik vroeg mij vervolgens af hoe dit kwam en hoe ik als huisarts een belangrijkere rol zou kunnen spelen in de reproductieve gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden (MEM).
Onderzoek toont aan dat de huisarts een sleutelrol kan spelen binnen family planning counseling bij MEM. De meeste barrières voor een kwalitatieve reproductieve gezondheidszorg door de huisarts bij MEM zijn ondertussen min of meer gekend. De belangrijkste barrière is het taal- en cultuurverschil tussen patiënt en huisarts (3). In de praktijk blijkt het echter moeilijk om dit aan te pakken, juist omdat dit een gegeven is dat door vele factoren wordt beïnvloed. Om die reden ligt er nog een groot potentieel open in family planning counseling bij MEM door de huisarts (2). Om de reproductieve gezondheidszorg voor MEM zo goed mogelijk te organiseren kan de huisarts best cultuursensitief te werk gaan. Dit houdt in dat de huisarts indien nodig rekening houdt met etnische en culturele diversiteit. Cultuursensitieve zorg zou idealiter een basishouding moeten zijn van de arts die kan worden aangeleerd (3). Dit blijkt een grote uitdaging, des te meer omdat er veel verschillende ideeën heersen over wat cultuursensitieve zorg precies inhoudt. Daarnaast is tot nu toe slechts weinig onderzoek gevoerd naar ervaringen en percepties van huisartsen over family planning counseling bij MEM.

Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek

Het doel van deze masterproef is om meer inzicht te krijgen in de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij MEM.
Hierbij komen de volgende deelvragen aan bod:

- Welke aanbevelingen/modellen om cultuursensitieve zorg toe te passen op family planning counseling bestaan er al?
- Hoe komt family planning bij MEM nu aan bod op consultatie bij de huisarts?
- Wat zijn de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot het bespreken van family planning met MEM?
- Hoe pakken huisartsen op dit moment consulten over family planning bij MEM aan?
- In hoeverre beantwoordt de huidige family planning counseling door huisartsen bij MEM aan mogelijke bestaande aanbevelingen voor cultuursensitieve family planning counseling?

Relevantie voor de praktijk

Om de seksuele en reproductieve rechten van MEM te waarborgen en gendergelijkheid te bevorderen, is family planning van cruciaal belang. Financieel gezien is family planning interessant voor de maatschappij, omdat een beter anticonceptiegebruik zou kunnen leiden tot minder ongeplande zwangerschappen en abortussen en zodoende leidt tot minder kosten in de gezondheidszorg. Het zorgt tevens voor meer school- en werkparticipatie, waardoor vrouwen economisch gezien meer kunnen bijdragen aan de maatschappij. De huisarts speelt hierin als hulpverlener in de eerstelijnszorg een sleutelrol. Meer inzicht in de huidige consultvoering bij gezinsplanning door huisartsen kan mogelijke hiaten in en opportuniteiten voor opleiding en training van huisartsen omtrent cultuursensitieve family planning counseling blootleggen (2).

Literatuuronderzoek

A. Wat is gekend over family planning en anticonceptiegebruik bij MEM?

Reproductieve en seksuele gezondheid is een essentieel onderdeel van de gezondheidstoestand en is een basisrecht van de mens. Koppels en individuen hebben het recht om zelfstandig en in volle verantwoordelijkheid te beslissen hoeveel kinderen zij wensen, met welk leeftijdsverschil en op welk tijdstip. Ze hebben het recht op de nodige informatie en middelen om hierover een beslissing te kunnen nemen (ICPD art 7.3). Wereldwijd hebben 120 miljoen vrouwen die graag een zwangerschap willen uitstellen of vermijden geen toegang tot anticonceptie. Zij kunnen zichzelf niet beschermen tegen ongeplande zwangerschappen, wat geassocieerd is met negatieve gezondheidsuitkomsten zoals abortus en de onmogelijkheid om in optimale prenatale condities zwanger te worden. Tevens leidt dit tot een beperking voor vrouwen in het realiseren van persoonlijke, educatieve, beroepsmatige en economische doelstellingen (4-6).

Migranten in westerse landen blijken minder of minder consistent gebruik te maken van anticonceptie dan hun autochtone landgenoten. Volgens Zweeds onderzoek is het relatief hoger percentage abortussen onder deze bevolkingsgroep onder andere het gevolg van dit verminderd anticonceptiegebruik (7, 8). Ook is het opmerkelijk dat de helft van de vrouwen die een abortus aanvragen, geen anticonceptie gebruiken. Indien migrantenvrouwen wel gebruik maken van anticonceptieve methodes, blijkt dat dit gebruik vaker inconsistent is ten opzichte van autochtone vrouwen en dit voornamelijk bij vrouwen die al meerdere kinderen hebben. Migrantenvrouwen hebben tevens minder kennis van de meer efficiënte vormen van anticonceptie, zoals het spiraaltje (2, 7, 9, 10).

Uit onderzoek blijkt dat de oorzaak van het ondergebruik van anticonceptiva onder migranten ten opzichte van autochtonen een complex multifactorieel gegeven is. Zeker omdat ‘de’ migrant niet bestaat: elke persoon is uniek en verschillende culturen en invloeden zorgen dat een universele aanpak niet bestaat, zo concludeert onderzoek in Spanje en Canada (6, 11). Factoren die gepaard gaan met méér gebruik van anticonceptieve methoden zijn een langer verblijf in het land van residentie, een hogere opleiding of professionele carrière en het hebben van oudere kinderen. Wilson toont in een onderzoek onder Spaanstalige Amerikanen in de Verenigde Staten aan dat anticonceptiegebruik stijgt en ongewenste zwangerschappen dalen bij migranten van tweede of derde generatie (2, 6, 12).

De eerste drie maanden na aankomst in een nieuw land zijn migranten, volgens onderzoek van Pottie et al (6) en Wiebe et al (9) het meeste at risk om zwanger te worden. O’Mahony en Donnelly (13) en McMichael en Gifford (14) stellen dat de levensomstandigheden en context van recente migranten en vluchtelingen een duidelijke impact hebben op hun mogelijkheden om de weg te vinden naar en gebruik te maken van instellingen en informatie omtrent seksuele en reproductieve gezondheid. Een vroege interventie door middel van educatie en informatie over reproductieve gezondheid zou daarom aangewezen kunnen zijn (2, 9).

B. Wat beïnvloedt het contraceptief gedrag?

Pratt et al. (15) onderscheiden zes categorieën die contraceptief gedrag samen bepalen en beïnvloeden:

Toegankelijkheid

De manier waarop diensten voor gezinsplanning georganiseerd zijn heeft een belangrijke impact op de toegankelijkheid van deze diensten voor patiënten. Tevens moeten patiënten vaak al hun schaamte overwinnen alvorens een dokter op te zoeken om dit gevoelige onderwerp te bespreken. Hierbij kunnen lange wachttijden en hoge kosten belangrijke drempels zijn die de toegankelijkheid in het gedrang brengen (15-17).

Eigenschappen van een methode

Het gebruik van anticonceptiva neemt wereldwijd toe, maar de gekozen opties en de aanvaardbaarheid van een bepaalde methode variëren sterk in verschillende delen van de wereld. Effectiviteit en gebruiksgemak enerzijds en bijwerkingen en gezondheidsrisico's anderzijds zijn de belangrijkste eigenschappen die de keuze voor een bepaalde methode beïnvloeden. Terughoudendheid om moderne anticonceptieve methoden te gebruiken (vb. intra-uteriene systemen) kan beïnvloed worden door cultuurspecifieke factoren. Bijvoorbeeld, zo kan amenorroe die gepaard gaat met bepaalde methoden een probleem betekenen voor vrouwen die bepaalde religieuze en/of culturele voorschriften volgen die gebonden zijn aan maandelijkse menstruele bloeding (6, 15, 17).

Kennis (en informatie)

Studies tonen aan dat kennis bij MEM over de reproductieve cyclus, vruchtbaarheid en anticonceptie laag is en dat er veel verwarring en misverstanden heersen. Uit onderzoek blijkt dat meer educatie en kennis over reproductie leiden tot positievere attitudes ten opzichte van gezinsplanning en toename van gebruik van anticonceptie en therapietrouw. Vrouwen baseren zich vooral op peers voor hun informatie over seksualiteit en voortplanting, welke mogelijks inaccuraat of incompleet is (6, 18).

Socioculturele invloeden

De angst voor afkeuring of om veroordeeld te worden is een frequente reden om contraceptie niet te bespreken met de partner, een familielid of zelfs met een hulpverlener (19). Voor getrouwde vrouwen lijkt het meestal geen probleem om anticonceptie te gebruiken voor het reguleren van het aantal zwangerschappen en dit gegeven geldt voor vrouwen uit de meeste culturen. Ongetrouwde, jonge vrouwen, ervaren echter meer moeilijkheden met het gebruik van anticonceptie. Dit speelt vooral een rol in culturen waar seks voor het huwelijk niet aanvaard is. Het gebruiken van een contraceptieve methode wordt door sommigen gezien als een signaal naar anderen dat men seksueel actief en beschikbaar is. Dit taboe kan een drempel vormen tot gebruik of bespreken van anticonceptie (2, 15, 18). Culturele opvattingen rond gezinsplanning kunnen zeer verschillend zijn. In sommige culturen krijgen vrouwen die veel kinderen gebaard hebben veel aanzien. Providentiële ("kinderen zijn de wil van God") culturen ontraden de preventie van zwangerschap (6, 18). Religieuze overtuigingen over de aanvaardbaarheid van bepaalde anticonceptieve praktijken hebben ook een invloed. In de meeste religies is het gebruik van anticonceptie om aan geboorteregeling te doen aanvaard. De attitude ten opzichte van anticonceptie bij vrouwen die hetzelfde geloof aanhangen kan zeer verschillend zijn (6, 18).

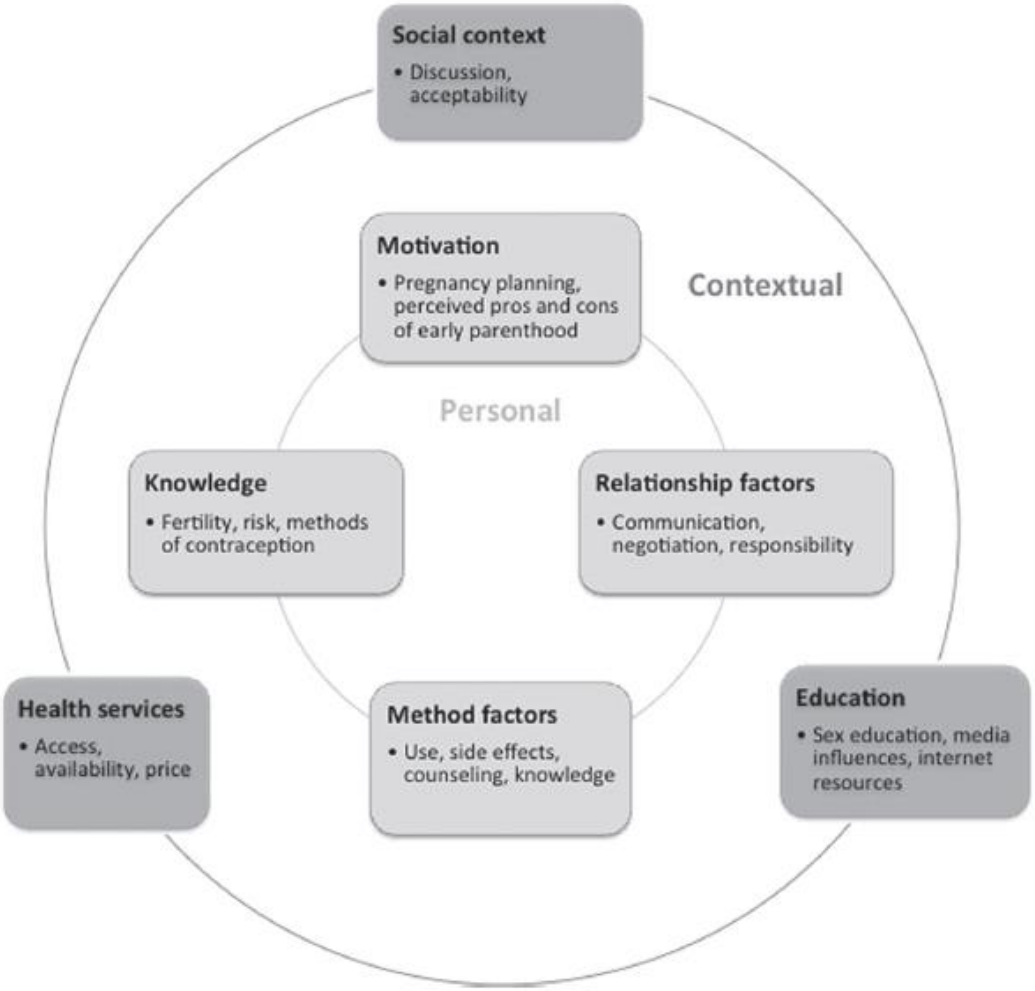
Persoonlijke opvattingen en drijfveren

De kans op zwangerschap na een onbeschermd seksueel contact en de eigen fertiliteit worden in het algemeen onderschat door vrouwen. Het concept van het plannen van een zwangerschap is vreemd voor veel vrouwen. Sommige vrouwen hebben een eerder fatalistische visie op zwangerschap en geloven dat als het moet gebeuren dat het zal gebeuren. Daarnaast zijn de opvattingen over het hebben van kinderen op jonge leeftijd zeer verschillend. Dit gegeven kan namelijk ook opgevat worden als het verzekeren van het ouderschap, het ontwikkelen van stabiliteit, het krijgen van aandacht en het verdienen van respect bij de partner. Deze percepties zijn zeer persoonsgebonden (15, 17).

Relationele factoren

Als laatste blijkt dat een belangrijke rol is weggelegd voor de partner, waarbij de partner soms tegen het gebruik van anticonceptie is of zich juist absoluut niet bemoeit met het onderwerp en dit aanziet als een verantwoordelijkheid van de vrouw. Beide situaties zijn complicerende factoren voor een optimaal anticonceptiegebruik bij de vrouw (2, 15).

Op basis van het bovenstaande kan men besluiten dat het contraceptief gedrag beïnvloed wordt door meerdere persoonlijke en contextuele factoren. Het begrijpen van deze complexiteit is van essentieel belang bij het ontwikkelen van nieuwe benaderingen en interventies gericht op meer effectief gebruik van anticonceptiva. Het nastreven van één van deze factoren lijkt minder effectief dan een multidimensionale benadering. Op basis van deze categorieën werd een model van contraceptief gedrag ontwikkeld (Figuur 1). Dit toont een beeld van hoe deze factoren samen passen en het contraceptief gedrag van een individu in een bepaalde setting bepalen. Het model heeft een binnenste cirkel van gerelateerde persoonlijke factoren, specifiek voor een individu en een buitenste cirkel met contextuele factoren, specifiek voor de setting waarin het individu leeft (15).



Figuur 1: Model van contraceptief gedrag van Pratt et al (15).

C. Wat is gekend over de rol van de huisarts in family planning en anticonceptiezorg bij MEM?

Wat is de evidentie over het nut van family planning counseling?

Eén van de strategieën om het aantal ongeplande zwangerschappen te verminderen is het verbeteren van de kwaliteit van de family planning counseling en anticonceptiezorg. Zo zouden vrouwen die aangeven van een kwaliteitsvolle zorg te genieten meer gebruik maken van anticonceptie, meer tevreden zijn met hun methode, een betere therapietrouw vertonen en langer een methode verderzetten (20).
Van bijzonder belang is dat het gaat over een vorm van counseling die bemoeilijkt wordt door het feit dat hulpverleners en patiënten niet enkel de medische kwestie in overweging dienen te nemen bij de selectie van een methode (zoals de aan- of afwezigheid van bijwerkingen of contra-indicaties en verschillen in effectiviteit tussen methodes), maar men ook rekening dient te houden met een aantal elementen die zeer persoonlijk zijn (zoals relationele aspecten bij gebruik van contraceptie, attitudes tegenover bijwerkingen en de wens tot vruchtbaarheid in de toekomst). Men mag ook niet vergeten dat er in de geschiedenis sprake geweest is van dwangmaatregelen door hulpverleners om vruchtbaarheid bij bepaalde bevolkingsgroepen te onderdrukken. Al deze factoren samen maken dus dat de rol van de hulpverlener bij het bespreken van dit onderwerp op verschillende manieren kan begrepen worden door patiënten en dat contraceptieve counseling in die zin dus ook verschillend is ten opzichte van counseling bij andere medische thema's (20).

De beste praktijk voor anticonceptiezorg volgens patiënten

Evidentie van systematische reviews, observationeel onderzoek en guidelines toont aan dat het hanteren van een patiëntgerichte benadering tijdens contraceptieve counseling, het volgen van de voorkeuren van de patiënt tijdens het beslissingsproces, het voorzien/meegeven van de gekozen methode op hetzelfde moment en de aanwezigheid van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt de patiënten tevredenheid verbeteren en leiden tot het langer verderzetten van een anticonceptieve methode (6). Daarnaast blijkt ook dat patiënten veel belang hechten aan een adequate counseling met betrekking tot bijwerkingen en risico's van de verschillende methoden, dat de communicatie over de werkzaamheid van contraceptiva op een informatieve en betekenisvolle manier dient te gebeuren voor de patiënt (rekening houdend met de geletterdheid van patiënten, in duidelijke mensentaal en met visuele hulpmiddelen) en dat de zorgverlener idealiter anticipeert op drempels voor correct en trouw gebruik van anticonceptie (20-22). Anticonceptiezorg van hoge kwaliteit respecteert de humane en reproductieve rechten van elke patiënt en stelt patiënten in staat om een geïnformeerde anticonceptieve keuze te maken die overeenkomt met de persoonlijke waarden, noden en overtuigingen (6).

Verschillen/ongelijkheid in family planning counseling en anticonceptiezorg

In de context van family planning is er evidentie dat vrouwen uit minderheidsgroepen hun interactie met hulpverleners als minder kwaliteitsvol ervaren. Daarnaast scoren allochtone vrouwen hun family planning consulten minder positief dan autochtone vrouwen en zijn allochtone vrouwen meer geneigd om zich onder druk gezet te voelen om contraceptie te gebruiken en de grootte van hun gezin te beperken. In een studie in de Verenigde Staten bij Afro-Amerikaanse vrouwen, rapporteerde 67% dat ze zich gediscrimineerd gevoeld had bij het inwinnen van advies bij family planning diensten en 52% rapporteerde dat hulpverleners stereotype ideeën suggereerden (zoals de veronderstelling dat ze meerdere seksuele partners zouden hebben) (23).
Dergelijke percepties van patiënten, en in het bijzonder percepties van discriminatie, zijn een groot werkpunt. De subjectieve ervaringen van patiënten kunnen namelijk hun interactie met het gezondheidszorgsysteem en hulpverleners beïnvloeden en kunnen hun wantrouwen ten opzichte van family planning methoden versterken. Dit gegeven staat los van de werkelijke intenties van de hulpverlener.
Evenwel bestaan er ook studies die aantonen dat deze percepties van patiënten ook tot op een zeker niveau overeenstemmen met de realiteit. Uit een recente studie in de Verenigde Staten blijkt dat

hulpverleners frequenter IUD's (intra-uterine devices) aanbevelen aan zwarte en latino vrouwen van lage socio-economische status (24). Deze bevindingen zijn niet verrassend, aangezien hulpverleners, net zoals iedereen, (vaak onbewust) stereotypen hanteren, gebaseerd op ras, geslacht en klasse. Deze stereotypes kunnen een invloed hebben op communicatie en op klinische beslissingen.

Wat is gekend over de huidige praktijk van seksuele en reproductieve gezondheidszorg bij MEM?

Er zijn diverse verklaringen te vinden voor het lagere gebruik van anticonceptiva door migranten. Zo hebben migrantenvrouwen vaak een gebrekkige kennis van de lokale taal en van de gezondheidszorg in het nieuwe land zoals onderzoek over Afrikaanse migranten in Australië aantoont (25). Een onderzoek uit Noorwegen laat zien dat dokterspraktijken aldaar niet voldoende toegankelijk zijn voor anderstalige patiënten en dat de zorgsystemen weinig aangepast zijn aan de behoeften van migrantenvrouwen (3). Het lijkt ook moeilijk voor artsen om hun patiënten met migratie-achtergrond goed te kunnen helpen, omdat ze vaak de culturele context niet begrijpen. Hierdoor zouden geïmmigreerde patiënten vaak het gevoel hebben dat deze culturele determinanten genegeerd worden door hun arts. Mannelijke artsen vormen voor sommigen een probleem, maar lang niet voor iedereen (2, 10, 25, 26).

Artsen geven zelf ook aan dat het leveren van goede family planning counseling en anticonceptiezorg niet eenvoudig is, vanwege dezelfde taalbarrières en culturele verschillen tussen arts en patiënt. Daarnaast spelen er vaak genderkwesties mee, wat een belangrijke barrière kan betekenen voor toegang tot de aangeboden zorg. De arts geeft tevens aan weinig tijd ter beschikking te hebben om uitgebreid in te gaan op dit onderwerp en om voldoende informatie te verstrekken (2, 26).

Volgens Bischoff et al (27) kan de communicatie tussen hulpverleners en anderstalige patiënten verbeterd worden door specifieke training te voorzien voor zorgverstrekkers over hoe om te gaan met deze patiënten en over het werken met tolken (28, 29).

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat om cultureel aangepaste zorg te verstrekken, men potentieel beïnvloedende factoren in de interactie tussen zorgverlener en patiënt dient te begrijpen. Daarom is opleiding over de culturele aspecten van gezondheidszorg noodzakelijk (30). In een superdiverse samenleving is ook het cultureel bewustzijn van cruciaal belang om gevoeligheid en begrip voor andere culturen te vergroten, om veronderstellingen en veralgemeningen te vermijden en om cultureel aangepaste zorg te verlenen. In het onderzoek van Mengesha et al (28) bij Australische zorgverleners geven de geïnterviewde gezondheidswerkers aan dat er een gebrek is aan cultureel competente seksuele en reproductieve gezondheidszorg voor vluchtelingen en migrantenvrouwen. Ze benadrukken vooral dat het Australische gezondheidszorgsysteem niet op een cultureel aangepaste manier voorbereid is op de zorg voor vrouwen met een vluchtelingen- of migratie-achtergrond. Volgens hen hebben gezondheidswerkers tevens te weinig cultureel bewustzijn en zijn ze te weinig opgeleid in de culturele aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid. McKeary en Newbold (31) suggereren dat westerse medische opleidingen in hun curriculum weinig aandacht besteden aan de socioculturele fundamenten van gezondheid. Dit resulteert in een gezondheidszorgsysteem dat afgestemd is op het standaard lichaam van de doorsnee patiënt met onvoldoende erkenning van individuele identiteit. Dit gebrek aan opleiding kan demotiverend werken voor gezondheidswerkers wanneer ze geconfronteerd worden met de specifieke noden van complexe patiënten met vluchtelingen- of migratie-achtergrond. In het onderzoek van Mengesha et al (28) geven de zorgverleners ook aan dat hun beperkte culturele competentie leidt tot interesseverlies in en ontevredenheid over de zorgverlening met betrekking tot seksualiteit en reproductie bij vluchtelingen en migranten. Om die reden staat opleiding voor gezondheidswerkers over de culturele aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid centraal bij het verbeteren van de zorgverlening voor vluchtelingen en migranten. Tevens dient er meer onderzoek uitgevoerd te worden om de rol en de impact van culturele competentie op de vaardigheden en motivatie van gezondheidswerkers om zich te engageren met deze complexe doelgroep en dit gevoelige thema verder in kaart te brengen (28, 29, 32).

D. Wat is gekend over cultuursensitieve counseling bij family planning?

Een model voor cultureel competente communicatie tijdens het consult

In alle bestaande modellen en trainingsprogramma's voor culturele competentie bij artsen wordt communicatie naar voor gedragen als de hoeksteen voor een succesvol contact tussen arts en patiënt. Betancourt et al (33, 34). suggereerden dat cultuurverschillen tussen arts en patiënt een barrière kunnen vormen voor efficiënte communicatie. Dit kan leiden tot ontevredenheid bij patiënten, slechte therapietrouw en gezondheidsproblemen.

Een cultureel competente arts heeft de capaciteit om socioculturele verschillen tussen arts en patiënt te erkennen en deze verschillen te verzoenen met elkaar, met als doel een meer patiëntgerichte benadering. Patiëntgerichte communicatie wordt in verband gebracht met verbeterde gezondheidsresultaten en wordt gekenmerkt door communicatieve technieken die het perspectief van de patiënt en diens sociale context blootleggen om tot een beter begrip leiden van deze perspectieven en context (35). De doelstelling hierbij is om te komen tot een wederzijds begrip van een probleem en de behandeling ervan, met de betrokkenheid van de patiënt in keuzes in die mate dat hij/zij zelf wenst. Patiëntgerichte zorg en cultureel competente zorg delen vele aspecten, maar zijn verschillend in de nadrukken die ze leggen. Patiëntgerichte zorg legt de nadruk op het verbeteren van hoogwaardige gepersonaliseerde zorg voor alle patiënten, terwijl cultureel competente zorg de nadruk legt op een evenwichtige verdeling van kwaliteitsvolle zorg over diverse en kwetsbare groepen. Het medisch contact is een belangrijk beginpunt waar ongelijkheid in gezondheid kan ontstaan. Het verbeteren van de culturele competentie van artsen kan deze ongelijkheid doen afnemen.

In wat volgt wordt een model van cultureel competente communicatie (CCC) voor artsen voorgesteld, specifiek toepasbaar in de context van het medisch consult. Op het meest basale niveau van interculturele art-patiënt communicatie ligt het snijpunt tussen de cultuur van de patiënt en de (medische en persoonlijke) cultuur van de arts. Ook andere culturele factoren kunnen potentieel verschillend zijn tussen patiënt en arts, zoals deze geassocieerd met etniciteit, gender, leeftijd en socio-economische status. Ook deze bemoeilijken potentieel het verschaffen van patiëntgerichte zorg. Alhoewel vele aspecten van het CCC model overlappen met het model van patiëntgerichte communicatie, zorgt het CCC model ervoor dat het kader voor culturele competentie bij patiëntenzorg geïntegreerd kan worden in modellen van effectieve patiëntgerichte communicatie.

Eerst zullen vier essentiële elementen van cultureel competente communicatie voor het medisch consult voorgesteld worden: communicatief repertoire, situationeel bewustzijn, aanpassingsvermogen en kennis van culturele kernpunten. Het CCC model omvat tevens vijf communicatieve vaardigheden die samen een belangrijk geheel vormen en waarbij het verwerven van meer vaardigheden leidt tot een toename van complexiteit en van kwaliteit van cultureel competente communicatie. Het CCC model gebruikt elk van de vier essentiële elementen om de vijf vaardigheden te ontwikkelen en om het communicatief gedrag steeds verfijnder en op een contextgerichte manier toe te passen zodat men een complexe interactie met cultureel diverse patiënten kan aangaan. Dit model werd ontwikkeld om de gevoeligheid van artsen voor culturele variatie bij patiënten maximaal te bevorderen. Deze gevoeligheid vormt als het ware een fundament voor de communicatieve competentie van artsen in interactie met patiënten (36).

Vier essentiële elementen van cultureel competente communicatie

1. Communicatief repertoire

Uit het onderzoek van Shapiro et al (37) blijkt dat een cultureel competent communicatief repertoire bestaat uit actief luisteren, aandacht besteden aan socioculturele aspecten van ziekte, het verduidelijken van het perspectief van de patiënt en het empoweren van de patiënt om beslissingen te maken. Deze communicatieve vaardigheden zijn essentieel om een arts-patiënt relatie op te bouwen, om de problemen/vragen van de patiënt te inventariseren en om hierin begeleiding te bieden. Deze vaardigheden zijn tevens fundamenteel voor een patiëntgerichte zorg. Maar hoe sterker patiënten

vasthangen aan de normen van een culturele groep en aan culturele opvattingen van ziekte die verschillen van die van de arts, hoe geavanceerder de communicatieve vaardigheden van de arts zullen moeten zijn om zowel patiëntgericht als cultureel competent te zijn. Cultureel competente artsen moeten kunnen terugvallen op een divers repertoire aan communicatieve vaardigheden om hun communicatie af te stemmen op de individuele culturele identiteit van de patiënt (36).

2. Situationeel bewustzijn en zelfbewustzijn

Cultureel competente communicatie vereist ook perceptieve vaardigheden. Artsen met culturele competentie beschikken over situationeel bewustzijn. Dit wil zeggen dat ze ingaan op cues en verwachtingen van de patiënt en dat ze nuances in de interactie kunnen opvangen. Daarnaast leggen de meeste modellen voor CCC de nadruk op het zelfbewustzijn van de arts, meer bepaald op het zelfbewustzijn van diens eigen culturele identiteit en overtuigingen, alsook van mogelijke stereotyperingen of vooroordelen die hij/zij hanteert over bepaalde demografische groepen. Bijvoorbeeld, een zelfbewuste arts zal zijn/haar neiging tot negatieve emotionele reacties ten opzichte van een patiënt die deel uitmaakt van een bepaalde groep (vb. een specifieke etniciteit of religie) herkennen en proberen om deze emotie te controleren zodat het geen invloed heeft op medische beslissingen. Als de arts ook een situationeel bewustzijn zou hebben, dan zou hij/zij ook zorgvuldig aandacht besteden aan bijbehorende reacties van de patiënt, zoals stemtoon, woordkeuze, gelaatsuitdrukkingen of stiltes. Dit kan de arts helpen om in te schatten hoe een bepaalde vooringenomenheid ontstaan is en hoe bepaalde communicatieve strategieën de interactie positief of negatief beïnvloeden (36, 38).

Zelfbewustzijn is essentieel voor culturele competentie in het medisch consult. Enkel een zelfbewuste arts kan volledig zijn/haar eigen reacties begrijpen, kan beoordelen in welke mate zijn/haar eigen vooroordelen een situatie kleuren en kan proberen om deze vooroordelen te beheersen (36).

Het is ook van belang om te erkennen dat stereotyperingen niet enkel voorkomen bij de individuele hulpverlener, maar ook versterkt worden door bepaalde beperkingen van de zorgsetting. Dan spreken we over vermoeidheid, werkoverbelasting en tijdsdruk. In dergelijke situaties kan het gebeuren dat een zeer cultureel competente arts toch terugvalt op stereotypen bij het maken van klinische beslissingen. Gelukkig kan men deze vooroordelen ook corrigeren. Onderzoek suggereert dat als hulpverleners bewust gemaakt worden van bepaalde scenario's waarbij MEM gediscrimineerd of bevooroordeeld worden, ze ook gemotiveerd zullen zijn om hun eigen gedrag te herevalueren en alert zullen zijn voor mogelijke vooroordelen en deze ook zullen corrigeren. Dus, het erkennen van culturele verschillen in family planning counseling, het bewust zijn van onze eigen complexiteit als hulpverlener en van de karakteristieken van de setting waarin we werken, kan helpen om kwaliteit te verbeteren en om ongelijkheden te verminderen (20).

3. Aanpassingsvermogen

Artsen zijn in het algemeen meer ontvankelijk voor patiënten die actief deelnemen aan het consult. Daarnaast zijn patiënten actiever wanneer artsen zich toegankelijker opstellen. Het waarnemen van overeenkomsten tussen arts en patiënt kan deze dynamische relatie verbeteren. Echter, wat vaker voorkomt is dat patiënten overtuigingen hebben over gezondheid die niet overeenstemmen met het perspectief van de arts. Het verstrekken van gelijkwaardige zorg vereist dat de arts in staat is om zich aan te passen aan verschillende patiënten en kan tegemoet komen aan de unieke noden en kenmerken van patiënten (36).

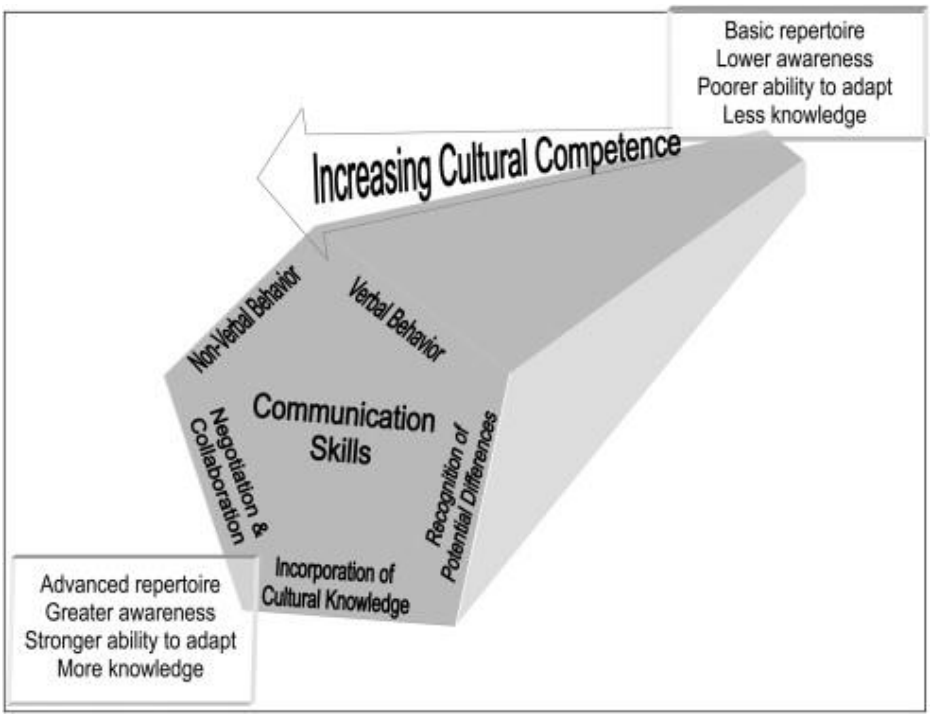
Het vermogen van een arts om zich aan te passen verbetert naargelang de arts een toenemend reflecterend vermogen heeft. Reflectieve praktijkvoering betekent dat men reflecterend is tijdens het consult. In essentie vormen reflecterende artsen dus hypotheses over wat er gebeurt bij de patiënt, gaan ze na of deze hypotheses accuraat zijn door in dialoog te gaan met de patiënt en herkaderen ze dan hun ideeën naar alternatieve hypotheses wanneer ze meer informatie verkregen hebben (36, 38).

Samengevat is een cultureel competente arts in staat om dit soort alternatieve hypotheses met gemak te vormen en om de volgende stappen in het zorgproces hieraan vlot aan te kunnen passen (36).

4. Kennis van culturele kernpunten

De meeste trainingsprogramma's betreffende culturele competentie leggen de nadruk op kennis over culturen en gezondheid. Wanneer men focust op karakteristieken van culturele groepen kan dit echter een averechts effect hebben en artsen net meer stimuleren om terug te vallen op stereotypen (zoals gebaseerd op ras, etniciteit, gender, socio-economische status) als basis voor hun "cultureel gepaste" interactie met diverse patiënten (39). Het deel van de training dat handelt over kennis zou net moeten focussen op het bewustzijn van stereotyperingen, wat een normaal proces is, maar waartegen men beter strategieën leert te ontwikkelen. Eerder dan te focussen op de groepen waarvan patiënten deel uitmaken, zouden programma's voor culturele competentie de artsen moeten aanleren om enkele culturele kernpunten - waarover er mogelijks cross-culturele misverstanden zouden kunnen optreden - in kaart te brengen voor elke individuele patiënt. Op deze manier stimuleert men artsen om alert te zijn voor mogelijke culturele verschillen bij elke patiënt (en niet enkel bij diegenen die tot verschillende demografische groepen behoren) en om individuatie als strategie te promoten om zo groep gebaseerde stereotyperingen te reduceren (36, 39). De culturele kernpunten waarvoor artsen alert zouden moeten zijn en in kaart dienen te brengen zijn onder andere overtuigingen over genderrollen, autoriteit van de arts, fysieke ruimte, familierollen, opvattingen en gebruiken bij de dood, religieuze opvattingen en verklaringen voor ziekte. Ook communicatie is een cultureel kernpunt met verschillende aspecten, zoals het erkennen van status (vb. gebruik van voornaam of familienaam), non-verbale gedragingen (vb. de betekenis en het gebruik van sommige gebaren) en communicatiestijlen (vb. wat beschouwd wordt als onbeleefd of agressief taalgebruik) (36).

Een cultureel competente arts die niets weet over de cultuur van een patiënt kan nog steeds uitstekende zorg verlenen door gebruik te maken van de drie bovengenoemde essentiële elementen. Toch is kennis over culturele kenmerken ook een belangrijk element, voornamelijk om de aandacht te vestigen op het benaderen van cultuur als een individueel kenmerk, eerder dan het te zien als een karakteristiek van groepen (36).



Figuur 2: Het model voor cultureel competente communicatie (CCC-model) van Teal en Street (2009) (36).

Het model van cultureel competente communicatie (CCC-model): het integreren van de vier essentiële elementen van culturele competentie in vijf communicatieve vaardigheden

1. Non-verbale vaardigheden

Een bekwame arts kan gebruik maken van verschillende non-verbale gedragingen om zijn/haar respect, bezorgdheid en interesse in het welzijn van de patiënt over te brengen bij de patiënt. De gedragingen die geassocieerd zijn met non-verbale vaardigheden worden positief ontvangen door mensen van de meeste culturele groepen. Men brengt deze ook van nature over wanneer men een positief gevoel heeft bij een patiënt. Het gaat hier onder andere over actief luisteren, gefocust zijn op de patiënt en het aanpassen van de interactie aan enkele aspecten die cultuur afhankelijk kunnen zijn zoals het maken van oogcontact, aanrakingen, fysieke ruimte, gelaatsuitdrukkingen en het gebruik van bepaalde gebaren (36).

2. Verbale vaardigheden

Zoals dat het geval is voor non-verbaal gedrag, dient ook het verbaal gedrag van de arts te betuigen van respect en empathie ten opzichte van de patiënt, die men zowel beschouwt als patiënt en als individu. Dit betreft onder andere het navragen naar de problemen van de patiënt, en het tonen van begrip voor zijn/haar omstandigheden, wat ook helpt bij het opbouwen van de arts-patiënt relatie. Tevens kan men gebruik maken van informatie uit een vorig consult, om later te bevragen hoe het gaat met bepaalde klinische symptomen, met hun familie of werkomstandigheden. Dit toont dat de arts meeleeft en de patiënt beschouwt als een individu. Het beschikken over deze basale verbale vaardigheden werkt uitnodigend voor patiënten om hun perspectief op hun symptomen of ziekte bloot te leggen. Belangrijk daarbij is om hierop niet-veroordelende reacties, reflecties en follow-up vragen te formuleren. Artsen moeten ook in staat zijn om emotionele cues bij de patiënten te herkennen en om de verbale vaardigheden uit hun communicatief repertoire te gebruiken om deze emotie te erkennen, reflecteren en in te schatten (36).

3. Herkennen en exploreren van mogelijke culturele verschillen

Tijdens een consult met een MEM-patiënt is het niet ongewoon dat deelnemers op een bepaald moment een afstand voelen op basis van mogelijke misverstanden die tot stand kunnen komen door een discrepantie tussen de inhoud van een boodschap en de manier waarop deze werd opgevat. Wanneer de arts dit opmerkt bij de patiënt en afweegt of bepaalde culturele drempels rijzen, toont de arts eigenlijk dat hij/zij beschikt over de vaardigheid om mogelijke culturele verschillen te herkennen. Bij deze vaardigheid zijn kennis van culturele kernpunten en situationeel bewustzijn belangrijk, deze elementen helpen namelijk om deze potentiële culturele misverstanden te kunnen detecteren.
Om zicht te krijgen op verklarende factoren bij de patiënt voor symptomen en ziekte kan men gebruik maken van de vragen van Kleinman (40). Hierbij probeert men de volgende factoren in kaart te brengen: de rol van de familie en de omgeving van de patiënt, vaardigheden en middelen die de patiënt en diens familie helpen in het omgaan met ziekte, factoren die bijdragen aan het inzicht in bepaalde gezondheidsproblemen (vb. opleiding, mentale status, bekendheid van een ziekte voor de patiënt), aspecten in de omgeving van de patiënt die zijn/haar mogelijkheid beïnvloeden om voor zichzelf te zorgen (vb. socio-economische factoren, structurele context, stressoren) en de emotionele implicaties van een ziekte.
Samengevat zal een arts die bekwaam is in het herkennen en exploreren van mogelijke culturele verschillen zijn/haar percepties van een situatie delen met de patiënt, de patiënt uitnodigen tot het delen van eigen percepties, mogelijke verschillen tussen beide percepties in kaart brengen en nagaan in welke mate dit een rol kan spelen. Dit vereist openheid en aanpassingsvermogen zodat de arts ook deze alternatieve perspectieven kan aanvaarden (36).

4. Verwerken en aanpassen van de culturele kennis

Sommige artsen zijn in staat om culturele verschillen tijdens het consult te herkennen, maar vinden het moeilijk om zich hieraan aan te passen. Dit kan te wijten zijn aan een gebrek aan kennis van culturele kernpunten, beperkte communicatieve vaardigheden of aan moeilijkheden bij het integreren van het socioculturel perspectief in het medisch perspectief. Een arts die bekwaam is in het integreren van de culturele waarden en overtuigingen van een patiënt in het medisch consult, kan zijn/haar communicatie aanpassen zodat de patiënt zich comfortabel voelt, kan misverstanden opnieuw kaderen en kan attent zijn voor de waarden van de patiënt. Zo kan men nagaan in welke mate het verklarend model voor symptomen/ziekte van de patiënt afwijkt van dat van de arts en hoe flexibel de patiënt is om zijn/haar eigen model te verbreden. Uiteraard gaat men steeds in gesprek met de patiënt op zo een manier dat het gesprek aangepast is aan het niveau van de patiënt. Op deze manier integreert men socioculturele aspecten in het biomedisch perspectief van ziekte en kan men komen tot een geïndividualiseerd plan, dat zowel medisch verantwoord is als ook aangepast aan de waarden van de patiënt. Een arts die zich niet kan aanpassen aan deze culturele verschillen zal dergelijke misverstanden nooit kunnen oplossen en neemt mogelijks een minachtende en afwijzende houding aan ten opzichte van de patiënt (36).

5. Onderhandelen en samenwerken

Deze vaardigheid vereist dat de arts over een zekere mate van bewustzijn en aanpassingsvermogen beschikt om te onderhandelen totdat men een gemeenschappelijk begrip bereikt en een overeenkomst vindt over de manier waarop het probleem van de patiënt zal besproken, gediagnosticeerd en behandeld worden. Hierbij dient men in kaart te brengen wat voorkeuren en prioriteiten zijn voor de patiënt, na te gaan in welke mate de patiënt zichzelf bekwaam acht om een voorgestelde strategie uit te voeren en hoe een strategie best kan aangepast worden om mogelijke barrières te overwinnen. Een arts die niet in staat is om te communiceren met een patiënt als partner in diens eigen gezondheidsmanagement zal ongewild voldoen aan stereotype veronderstellingen over deze patiënt.

Vele voorstanders van patiëntgerichte zorg en culturele competentie ondersteunen het model van shared decision making als voorkeur voor de interactie tussen arts en patiënt. Sommige patiënten verkiezen echter een meer artsgerichte benadering, waarbij de arts directiever is en de patiënt passiever. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die een voorkeur hebben voor een artsgerichte benadering zowel tevreden zijn met een directieve arts als met een patiëntgerichte arts, omdat patiëntgerichte artsen hun stijl zullen aanpassen om tegemoet te komen aan de voorkeur van de patiënt. Samengevat kan men dus stellen dat de arts die een hoge bekwaamheid bezit in cultureel competente communicatie een duidelijk aanpassingsvermogen bezit, waarmee hij/zij de voorkeuren van de patiënt (voor shared decision making) kan toepassen, ook al verkiest de arts zelf een ander model (36).

Methode

Zoekmethode voor literatuuronderzoek

De literatuurstudie werd uitgevoerd door de onderzoeker na het formuleren van de onderzoeksvraag en voordat de interviews werden afgenomen. Met behulp van de resultaten van de studie kon vervolgens een beeld gevormd worden van wat er al bekend was over familie planning counseling en anticonceptiezorg bij MEM en de rol van de huisarts. Die voorkennis diende als bron voor het opstellen van de interviews.
In de zoekactie werd voornamelijk gebruik gemaakt van secundaire bronnen via databanken als Pubmed, Scopus en het Web of Knowledge, aangezien de tertiaire en quaternaire bronnen weinig tot geen resultaten opleverden.
Als Mesh-termen in Pubmed werden 'anticonception' en/of 'contraception' en/of 'family planning' gecombineerd met de termen 'transients and migrants' en met 'general practitioner'. De zoekcriteria werden verder gespecificeerd door alle publicaties van voor het jaar 2000 te negeren. Via sneeuwbaleffect werden dan verder interessante referenties geïncludeerd.
Om meer en bredere informatie te vinden over dit onderwerp werd gebruik gemaakt van de zoekmachine Google Scholar. Ook werd gezocht via de bibliotheek van UGent naar masterthesissen die een overeenkomst vertoonden met mijn onderzoeksonderwerp. Daarnaast vormden specifieke websites, zoals bijvoorbeeld Sensoa, het Kenniscentrum (KCE) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), een bron van aanvullende informatie.

Objectieven

Na onderzoek van de literatuur werden de onderzoeksvragen verder afgebakend en scherper gesteld.
Het doel van deze masterproef is om meer inzicht te krijgen in de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij MEM.
Hierbij komen de volgende deelvragen aan bod:

- Hoe komt family planning bij MEM nu aan bod op consultatie bij de huisarts?
- Wat zijn de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot het bespreken van family planning met MEM?
- Hoe pakken huisartsen op dit moment consulten over family planning bij MEM aan?

Om tot antwoorden op deze onderzoeksvragen te komen, werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, bestaande uit individuele diepte-interviews met huisartsen.

Selectiecriteria

Aangezien deze masterproef gaat over family planning specifiek bij MEM, en MEM-patiënten zich voornamelijk in grotere concentraties in de steden bevinden, is beslist om huisartsen te interviewen die werkzaam zijn in stedelijke gebieden. Deze keuze werd gemaakt om te verzekeren dat de geïnterviewde huisartsen een voldoende groot aantal MEM-patiënten zien in hun huidige praktijksituatie. Om voldoende inzicht te krijgen in hoe huisartsen hiermee op dit moment aan de slag gaan, werd de voorkeur gegeven aan een evenwicht in geslacht, leeftijd, praktijkvorm en aantal jaren ervaring van de huisartsen die bereid waren tot een interview. Het was dus belangrijk dat er ongeveer evenveel mannen als vrouwen deelnamen aan een interview, dat zowel pas afgestudeerde als meer ervaren artsen aan het woord kwamen en dat er ook van alle types praktijken een gelijk aantal vertegenwoordigers waren. Om de interviews ook fysiek haalbaar te maken werd beslist om huisartsen te contacteren in Oost-Vlaamse steden.

Recrutering van deelnemers

Voor deze masterproef werden huisartsen benaderd, werkzaam in stedelijke gebieden en met een aandeel aan MEM-patiënten in hun populatie. Initieel deed de onderzoeker een oproep via de LOK (lokale kwaliteitsgroep)-voorzitters van de Oost-Vlaamse steden met de vraag of het onderwerp voorgesteld kon worden op de eerstvolgende LOK-bijeenkomst. Daarna zou telefonisch contact opgenomen worden met geïnteresseerde huisartsen. Hier kwam echter weinig tot geen respons op. Daarom besloot de onderzoeker om rechtstreeks telefonisch contact op te nemen met enkele huisartsen en werd via sneeuwbaleffect verder contact opgenomen met huisartsen. Hierbij zocht de onderzoeker specifiek naar een evenwicht in geslacht, leeftijd, type praktijk en ervaring van de geïnterviewde huisartsen. Alle geïnterviewde huisartsen hadden de Belgische nationaliteit. Van hen had één huisarts zelf een migratie-achtergrond.

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken van de deelnemers

Variabele		(n = 11)
Geslacht	M	5
	V	6
Leeftijd (jaren)	29-35	5
	36-45	3
	46-75	3
Type praktijk	Solo	2
	Duo	1
	Groep	4
	WGC	4
Aantal jaren ervaring als huisarts	≤5	3
	6-15	4
	16-30	2
	>30	2
Aantal jaren ervaring met MEM	≤5	4
	6-15	2
	16-30	3
	>30	2
Huidig percentage consulten met MEM per maand (in het voorbije jaar)	<35	4
	35-75	5
	>75	2

Procedure

Na schriftelijke toestemming van de huisartsen aan de hand van een ´informed consent´ (zie bijlage) werd een semigestructureerd interview van ongeveer 60 minuten met behulp van een interview guide afgenomen. De vragen van dit interview werden opgesteld met behulp van informatie uit bestaande literatuur (zie bijlage). De interview guide opent met een vraag naar brede ervaring van huisartsen met family planning, waarbij ook gevraagd wordt of er verschillen zijn voor huisartsen tussen MEM en niet-MEM en naar specifieke moeilijke groepen om gezinsplanning mee te bespreken. Vervolgens peilt de onderzoeker naar positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot family planning counseling. Daarna volgen vragen over de evolutie die huisartsen hebben doorgemaakt in hun consulten over dit onderwerp, over de hulpmiddelen die ze hierbij gebruiken en welke zaken ontbreken om evolutie te bewerkstelligen. Ook de praktijkorganisatie komt aan bod, met vragen naar huidige organisatie in de praktijk en betrokkenheid van verschillende hulpverleners. Vervolgens wordt er uitgebreid ingegaan op de drempels die huisartsen ervaren. Ten slotte vraagt de onderzoeker naar de ideeën van huisartsen over de ideale counseling met betrekking tot family planning via de droomvraag en naar enkele tips om in de praktijk toe te passen.

Voorafgaand aan de eigenlijke interviews werden twee proefinterviews georganiseerd met bevriende huisartsen, waarbij de onderzoeker haar interview op punt kon stellen en eventuele minder correcte vragen kon aanpassen.
De interviews werden afgenomen tot er saturatie van gegevens optrad. Geschat werd dat hier ongeveer 10 tot 15 interviews voor nodig zouden zijn. In werkelijkheid heeft de onderzoeker 11 interviews afgenomen van juni 2017 tot november 2017.

Data-analyse

De interviews werden na afname ad verbatim getranscribeerd. De kwalitatieve analyse werd gemaakt met behulp van het Software-programma Nvivo 11, waarmee de teksten gecodeerd konden worden. De codes werden gecreëerd op basis van grounded analyse van de uitgeschreven interviews. Deze analyse verliep in verschillende etappes, waarbij de interviews en toegekende codes zowel in afzonderlijk als gezamenlijk overleg met promotor en copromotor meermaals werden besproken. Hierbij werden de deelvragen van het onderzoek in het achterhoofd gehouden. Op die manier ontstonden codes per deelvraag. Bij de eerste deelvraag, namelijk 'Hoe komt family planning bij MEM nu aan bod op consultatie bij de huisarts?' werden codes geformuleerd die sloegen op 'visie', 'attitude', 'aanleidingen' en 'initiatief' bij het onderwerp family planning. Bij de tweede deelvraag – 'Wat zijn de percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot het bespreken van family planning met MEM?' – ontstonden codes die een onderscheid maakten tussen 'percepties van verschillen', 'barrières', 'facilitatoren', 'positieve ervaringen' en 'kijk op diversiteit'. De derde deelvraag, namelijk 'Hoe pakken huisartsen op dit moment consulten over family planning bij MEM aan?', leverde codes op zoals 'globale aanpak', 'uitdagingen', 'hulpmiddelen', 'aanpak van specifieke problemen', 'evolutie' en 'wat ontbreekt er?'. Onder deze codes bevonden zich uiteraard nog tal van subcodes. Met de verkregen codes werden verbanden gelegd tussen bepaalde thema's. De gegeven codes werden tevens besproken en bijgesteld tijdens overleg met de promotor en copromotor van deze masterproef. De verbanden werden vervolgens getoetst aan reeds bestaande literatuur over het onderwerp.

Ethische procedure

Het protocol van het onderzoek werd in april 2017 goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Gent (zie bijlage, nummer van goedkeuring B670201731985). Er werd daarbuiten rekening gehouden met de ethische bekommernissen van de geïnterviewde huisartsen, door hen volledig te informeren over het doel en de bestemming van het onderzoek. Voor het afnemen van het interview werd een 'informed consent' afgenomen (Zie bijlage), waarin hun uitdrukkelijke toestemming tot vrijwillige medewerking aan het onderzoek werd vastgelegd. Ook werd er duidelijk verteld door de onderzoeker, dat het de huisarts te allen tijde vrijstond om een vraag niet te beantwoorden of om het onderzoek te beëindigen.

Resultaten

Overzicht van de resultaten

De resultaten zijn onderverdeeld in drie paragrafen. Ten eerste komt aan bod hoe huisartsen family planning nu een plaats in hun consultvoering geven, op welke momenten dit onderwerp aangehaald wordt en wat hun visie is op family planning bij MEM. Het tweede deel van de resultaten gaat over de percepties en ervaringen van de geïnterviewde huisartsen wanneer ze een family planning consult voeren met hun MEM-patiënten. Hierbij wordt dieper ingegaan op percepties van huisartsen over verschillen tussen autochtone populatie en migranten en over mogelijke barrières en facilitatoren die in het gesprek kunnen opduiken. De derde paragraaf van de resultaten handelt over de huidige aanpak van de geïnterviewde huisartsen wanneer ze een family planning consult voeren met MEM. Hierbij komen zowel hun globale aanpak, de uitdagingen waar ze voor staan, de hulpmiddelen die ze gebruiken, de specifieke aanpak bij moeilijke consulten, enkele voorstellen voor verbetering en hun eigen evolutie aan bod.

1. Hoe komt family planning bij MEM aan bod?

1.1 Family planning als taak van de huisarts

Alle geïnterviewde huisartsen geven aan dat gezinsplanning voor hen belangrijk is om te bespreken met patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor MEM-patiënten, omdat de huisartsen bij hen in het algemeen het idee hebben dat zij zelf minder met het plannen van hun gezinssituatie bezig zijn.
De meeste huisartsen benoemen niet enkel het belang van gezinsplanning maar geven ook vol overtuiging aan dat ze dit zien als een onderdeel van hun takenpakket als huisarts. Hierbij benadrukken enkele artsen dat ze vanuit hun positie als huisarts wel een mandaat kunnen krijgen om dit aan bod te laten komen, waarover verderop meer.

HA 1: "Ik denk dat dat belangrijk is dat wij er ook aandacht voor hebben en niet alleen wachten tot dat mensen iets vragen of een beetje hun eigen gang laten gaan."

Volgens sommige huisartsen daarentegen is gezinsplanning vooral voor de gynaecoloog, vooral omdat patiënten hiermee zelf eerder naar een gynaecoloog gaan en minder de huisarts als aanspreekpunt zien voor een gesprek over gezinsplanning.

HA 2: "Trouwens, het is ook de mode om naar de gynaecoloog te gaan voor van alles en nog wat. De huisarts wordt daar vaak in voorbij gelopen he… Omdat ik dacht van ja, eigenlijk is dat ons job. Wij zijn toch, de arts van de familie. Het is toch aan ons, wij kennen onze patiënten beter, wij kennen de situatie thuis beter. Wij zijn toch ook een stuk daarvoor opgeleid. Dat ik dat niet leuk vind he maar op de duur moet ge u daar toch bij neerleggen, dat is nu eenmaal zo. En dat is een trend en een mode van voor alles en nog wat naar de gynaecoloog te gaan. Voor een pil voorschrift, voor een uitstrijkje. Voor allerlei zaken die wij perfect ook kunnen doen verliezen wij een groot deel van de patiënten aan de gynaecologen. Er zijn veel moeders die – op het moment dat ze willen of voelen of denken dat hun dochter de pil wil - die vinden dat ze moeten naar de gynaecoloog gaan omdat er een groot onderzoek moet gebeuren voor dat ze met de pil kunnen starten."

Eén arts geeft ook aan dat als gezinsplanning niet door de huisarts wordt aangeraakt, er weinig andere opties overschieten voor patiënten om dit te bespreken.

HA 3: "Ik moet dat (gezinsplanning bespreken) doen… Wie anders zal dat doen?"

Er zijn drie huisartsen die het in het interview hebben over andere gezondheidswerkers met wie ze kunnen samenwerken omtrent gezinsplanning bij MEM. Het gaat dan meer bepaald over de gynaecoloog,

de intercultureel bemiddelaar, Kind en Gezin en een project rond zwangerschapsopvolging. De meerwaarde van deze samenwerking is voor hen echter niet duidelijk.

1.2 Aanleidingen en initiatief voor het bespreken van family planning

Aanleidingen om in het consult te spreken over gezinsplanning zijn vragen over anticonceptie, vragen naar soa-screening, wanneer patiënten komen met de vraag naar preconceptie counseling, bij (vragen over) problemen omtrent fertiliteit en bij vraag naar abortus. Enkele huisartsen geven ook aan dat ze het belangrijk vinden dat je als huisarts aandacht hebt voor de familiale situatie van patiënten en zelf over gezinsplanning begint bij patiënten waar je opmerkt dat er moeilijkheden zijn in het gezin. Zoals wanneer een van de ouders aan een aandoening lijdt die mogelijks moeilijk samen gaat met het opvoeden van kinderen (vb. een ouder met psychiatrische problematiek of een vrouw met ernstige rugklachten).

HA 1: "Soms komt het ook wel op een andere manier aan bod als bijvoorbeeld de vrouw zegt van ja, we hebben al zoveel kindjes en die geen kinderen meer willen. En soms is het dat de vrouwen zelf met lichamelijke klachten komt of dat ze heel vermoeid zijn of heel veel kinderen kort achter elkaar hebben. Dat er soms een zware last is en dat ik het dan wel op de een of andere manier ter sprake kan brengen: Zou je nog zwanger willen worden eigenlijk? Neem je iets om niet meer zwanger te worden? Of ja, heb je er al eens met je man over gepraat? Zo van die dingen. Dus dat kan ook een ingangspoort zijn omdat ze toch ook heel vaak met hun kinderen hier komen he. Je ziet dat veel hoor. Ze komen op raadpleging voor één ziek kind maar meestal hebben ze er twee of drie of vier mee. Ja, en dan zie je wel dat ze moe zijn, allee, dat het zwaar is."

Wat het initiatief betreft om over gezinsplanning te beginnen spreken tijdens een consult met MEM, geven alle huisartsen aan dat ze hierover met een gewrongen gevoel zitten. In realiteit zou het initiatief grotendeels van de artsen zelf komen. Dit sluit ook aan bij het gegeven dat artsen vinden dat dit gesprek een belangrijke taak voor de huisarts is en het idee hebben dat MEM minder met het plannen van hun gezinssituatie bezig zijn. Volgens de respondenten brengen MEM hun gezinsplanning niet als RFE (reason for encounter) tijdens het consult. Net dit gegeven benoemen ze ook als een moeilijkheid bij het bespreken van gezinsplanning met MEM. Doordat huisartsen het idee hebben dat MEM minder bezig zijn met het effectief plannen van hun gezinssituatie, vinden ze het ook moeilijker om dit bij hen aan bod te brengen.

HA 4: "Enfin, het is een theoretisch begrip he. In de praktijk is dat eerder iets die spontaan gebeurt. Er is weinig sprake van planning. Het is iets wat voor veel mensen een stuk op onbewust niveau speelt. Ik denk zelfs bij niet-allochtone mensen dat er een factor spontaan of niet honderd procent gepland… Wel, dat mensen niet altijd heel bewust erover nadenken. Dat een koppel probeert om samen kinderen te krijgen, maar om het te plannen… Enfin, deels gebeurt dat wel, maar… ja."

HA 1: "Ik denk dat wij wel kunnen een beetje anticiperen of proberen daar soms een gesprek aan te gaan als het kan he ja. Dat neemt veel tijd he… Maar in de praktijk is dat niet altijd zo gemakkelijk."

HA 2: "Maar eerlijk gezegd ze komen daar echt niet veel voor hoor. Neen, dat is… Als ze getrouwd zijn, hoe rapper dat ze zwanger zijn hoe liever en hoe meer kindjes dat ze krijgen hoe liever. Op een paar na die al een beetje beginnen nadenken van oh, we gaan nog een beetje wachten. We gaan eerst een job, een huis en dan kindjes. Maar neen, de meerderheid komt niet echt vragen over gezinsplanning, neen. Als ze iets komen vragen is het contraceptie maar de rest neen, daar komen ze niet voor."

Veel artsen geven daarnaast aan dat dit initiatief voor hen niet altijd even gemakkelijk is, omdat ze het idee hebben dat het niet altijd aanvaard zal worden door patiënten als ze hierover een gesprek beginnen. Ze denken dat patiënten zich niet verwachten aan een dergelijk gesprek met de huisarts. Meer zelfs: veel

artsen uiten dat ze bang zijn dat patiënten zich vragen gaan stellen bij een dergelijke gesprekswending en het idee zullen hebben dat hun arts zich 'bemoeit' met onderwerpen die geen zaak zijn van de arts, maar eerder een privéaangelegenheid betreffen. Deze perceptie zien artsen soms ook weerspiegeld in de non-verbale gedragingen van patiënten, die mogelijks gêne en afkeer uitdrukken wanneer het thema gezinsplanning aangesneden wordt. Dit gegeven toetsen ze echter nooit verbaal bij de patiënt, omdat de non-verbale houding eigenlijk al een belangrijke stop kan betekenen voor artsen en leidt tot het niet verder gaan in dit gesprek.

HA 4: "Het feit dan dat je dat probeert aan bod te brengen, van - 'Is het nog aangewezen om meer kinderen te krijgen?' - en dat je niet goed weet 'Komt dat als een verwijt over of toont dat aan haar datje die persoon wilt helpen?'. En als die persoon opgegroeid is in een cultuur met een verwachtingspatroon 'Je bent pas een goede vrouw als je veel kinderen hebt ter wereld gebracht en opgevoed' en als ze dat zelf een belangrijke waarde vinden, waaraan ze zich spiegelen, dan kan je je afvragen 'Komt dit nu als een belediging over als je dit aanhaalt?', terwijl je je zorgen maakt."

HA 4: "Dat het kan ongepast overkomen, ja... Maar je merkt het een beetje aan de lichaamstaal, aan de reacties… Zoals in het voorbeeld: dat gegiechel en euhm… en dat was dan ook nog een veertigjarige vrouw, enfin, het was geen pubermeisje. Maar ik vermoed dat dat toch een typische reactie is die een cultuur heeft, op vragen die verwijzen naar seksualiteit, naar intimiteit."

Enkele huisartsen benoemen ook dat ze het zeer moeilijk vinden om te beslissen hoe ver ze hierin moeten gaan. Er bestaat veel twijfel over het benoemen van eventueel opgemerkte ongemakken, het mogelijks open trekken van dit gesprek en het toch verder doorvragen ondanks gepercipieerde begrenzing door de patiënt. Om bovengenoemde redenen verkiezen alle geïnterviewde huisartsen dat het initiatief om family planning te bespreken idealiter vanuit de patiënt komt. Liefst is dit ook de RFE voor dat consult, zodat er voldoende tijd beschikbaar is om hier uitgebreid op in te gaan.

HA 1: "Ho ja, het is altijd best als het initiatief van de patiënt uitgaat denk ik. Dat is uiteindelijk onze manier van werken. Maar ik denk dat wij wel kunnen tonen dat wij daarvoor open staan. Wij doen dat misschien nog iets te weinig…"

HA 3: "Ja, ik zou het al heel tof vinden moesten ze al zelf met die vraag komen. Dat dat ook veel meer ook vanuit hun komt dan dat het vanuit mij komt. En dus ja, dat zou ik zeker, en ja, wat zijn voor hun belangrijke dingen. En hoe zij daarmee omgaan."

1.3 Individuele counseling versus counseling met een koppel

Het gesprek over gezinsplanning wordt door de meerderheid van de geïnterviewde artsen bij voorkeur ook gevoerd met een individuele patiënt in plaats van met een koppel, ondanks dat de meerderheid ook wel aangeeft dat gezinsplanning een aangelegenheid is voor het koppel. Deze voorkeur voor een individueel gesprek komt voort vanuit de perceptie dat er dan meer ruimte zou zijn om in te gaan op eventuele beïnvloedende factoren en context van de patiënt bij een bepaalde keuze of vraag.

HA 5: "Het idee van ja, een man alleen, de vrouw alleen, vind ik nog altijd gemakkelijker babbelen dan met de twee tegelijk moeten rekening houden... Ik ga een allochtone vrouw makkelijker explicietere vragen stellen als de man er niet bij is dan dat hij er wel bij is. Om de eenvoudige reden, krijg ik wel het mandaat van die man om die vragen te stellen? Dat weet ge niet he."

HA 1: "Het gaat over de vrouw alleen efkes he. Liefst alleen, ja, ik denk het wel. Wel, het zou nog idealer zijn als de man er bij zou zijn en dat je er echt samen kunt over praten; dat zou natuurlijk nog idealer zijn. Maar in ieder geval, wel in die context dat ik goed met haar kan praten."

2. Percepties en ervaringen van huisartsen bij het bespreken van family planning met MEM

2.1 Percepties van verschillen door huisartsen

Alle geïnterviewde huisartsen geven aan dat er belangrijke verschillen bestaan tussen bepaalde groepen patiënten wanneer men het onderwerp gezinsplanning bespreekt. De meerderheid geeft aan dat er een belangrijk verschil bestaat tussen patiënten met een migratie-achtergrond ten opzichte van patiënten zonder migratie-achtergrond.

2.2.1 Socio-economische status (SES)

Eén van de artsen spreekt het bovenstaande echter met duidelijke klemtoon tegen en geeft aan dat het verschil niet ligt in het al dan niet hebben van een migratie-achtergrond, maar eerder te maken heeft met de socio-economische status (SES) van de patiënt. Dit gegeven wordt door nog twee andere artsen benoemd als een belangrijk verschilpunt. Volgens deze respondenten zouden patiënten uit een lagere socio-economische klasse minder bezig zijn met het plannen van hun gezinssituatie en zouden ze ook andere ideeën hebben over wat goede omstandigheden zijn voor het stichten van een gezin.

HA 6: "Ik heb dat alleen nog maar gemerkt, ja kort door de bocht misschien, bij lagere socio-economische klasse. Ik heb dat alleen nog maar gehad bij mensen bij wie je denkt, ge zijt 16 jaar, ge hebt geen opleiding, ge hebt geen financiële stabiliteit, ge hebt geen woning, maar toch wilt ge met uw lief waarmee ge maar zes maand samen zijt een kind krijgen, maar dan gaat het alleen nog maar om sociaaleconomische zaken, maar daar gaat het hier nu eigenlijk niet over he. (Migranten versus niet-migranten,) Ik heb daar nog geen verschil tussen gemerkt."

2.2.2 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de patiënt is een belangrijk onderdeel van deze SES. Meerdere artsen halen aan dat het bij een lager opleidingsniveau van de patiënt vaak heel moeilijk wordt om een aantal zaken die te maken hebben met gezinsplanning te bespreken. Vooral anticonceptie blijkt een heikel punt. Zowel het geven van voorlichting als het uitleg geven over verschillende anticonceptieve methoden verloopt moeilijk als de patiënt een lage scholingsgraad heeft.

HA 2: "Dus de mensen die toch wel geschoold of hoog geschoold zijn. En dan de ja, de mensen die eigenlijk van op de buiten komen. Die dus niet geschoold zijn he, daar heb je dan ook een verschil. Diegenen die hoog geschoold zijn, die gaan dan ook nog sneller daar ne keer komen over praten en die zijn ook meestal een taal al machtig. Die spreken ook meestal Engels, terwijl de anderen niets. Daar kunt ge al ne keer gemakkelijker mee communiceren."

HA 2: "Wel, omdat de mensen met een iets hogere opleiding, ik denk dat die ten eerste zelf al vaker eens iets gaan opzoeken voor dat ze naar hier komen en die komen dan met concrete vragen. Terwijl de anderen komen van ja, ik zou misschien de pil willen pakken want ik heb veel buikpijn bij mijn maanstonden. Ze durven niet rechtstreeks zeggen van: want ik heb een vriendje. Terwijl de hoger opgeleiden, die hebben zich al voorbereid van wat moet ik vragen, waar moet ik aan denken. En dan is dat gemakkelijker bespreekbaar. Dan weet ge waar moet ik aan beginnen, hoe moet ik eraan beginnen. Dan dat dat zo vaag is, dat ge niet goed weet van wat willen ze nu eigenlijk. Dan moet ge het er een beetje proberen uittrekken."

2.2.3 Health literacy

Daarbij zorgt een beperkte kennis over seksualiteit en voortplanting vaak voor een extra bemoeilijkende factor. Deze beperkte kennis over seksualiteit, voortplanting en anticonceptieve mogelijkheden is voor

de huisartsen een belangrijk verschil tussen patiënten met en zonder migratie-achtergrond. Volgens een belangrijk deel van de geïnterviewde artsen zouden MEM-patiënten hierover namelijk een lagere voorkennis hebben. Daarnaast beschikken ze vaak over foutieve informatie. Deze misverstanden zijn zowel gekleurd door een gebrekkige kennis, alsook door culturele opvattingen van seksualiteit, voortplanting en anticonceptie.

HA 4: "Je moet er rekening mee houden dat, als je spreekt over baarmoeder, of de vrouw dat begrijpt. Wat stelt ze zich daarbij voor? Als je een paar eenvoudige tekeningen hebt, dan kan je dat couperen. Of het idee over menstruaties, dat niet altijd klopt. Bijvoorbeeld: als vrouwen niet menstrueren, en dus in amenorroe zijn, dat ze denken dat ze een tumor opstapelen in de buik."

HA 7: "Ik had een patiënt die eigenlijk dacht van een spiraal dat dat heel schadelijk was en vooral na pas bevallen te zijn. Van ja, na zes weken, mag ik al een spiraal laten steken? Dat is toch niet goed. Dat gaat toch uitvallen? Gewoon echt gebrek aan informatie en vooral echt bij borstvoeding. Vele patiënten durven gewoon geen anticonceptie, want het gaat de lactatieproductie verminderen. Of zelf echt remmen he, dat denken ze he."

2.2.4 Culturele verschillen in anticonceptieve voorkeur en in gezinsformatie

Anticonceptieve voorkeur is volgens de huisartsen zeer sterk cultureel bepaald. Sommige methoden zijn om culturele redenen namelijk niet aanvaard bij bepaalde groepen van MEM-patiënten. Een ander cultureel gegeven dat een rol speelt bij het bespreken van gezinsplanning bij MEM is het concept van gezinsformatie. Hiermee wordt de vooropgestelde grootte en samenstelling van een gezin en de leeftijd van de moeder bij de geboorte van het eerste kind bedoeld. De geïnterviewde huisartsen merken een belangrijk cultuurverschil op wanneer ze hiernaar vragen bij MEM-patiënten. Dit ter bespreking stellen wordt als zeer moeilijk ervaren door huisartsen, omdat het een niet-bediscussieerbaar punt lijkt en een robuust onderdeel van 'de cultuur' lijkt te zijn.

HA 4: "Ik denk dat vooral het verschil zit in welk type anticonceptie, dat dat kan verschillend zijn en dat er dan, ik denk toch nog bij een deel van de moslims het idee bestaat dat een spiraal een soort abortus is en niet kan. Er is zo een deel van de moslims die daar op die manier naar kijken. Dan ook ja, wat mythisch ook, dat anticonceptie achteraf de vruchtbaarheid vermindert. Dat is zo een klassieke mythe, die je vaker ziet bij migranten dan bij westerse mensen."

HA 8: "Het bloeden wordt in ons Westers soms gezien als iets ambetant, iets vuil, terwijl bijvoorbeeld in de Islamitische culturen, de Zwart-Afrikaanse culturen hebben ze liefst dat ze elke maand bloeden. En binnen de Islamitische is het ook dikwijls handig, want dat is de enige periode dat de vrouw wordt gerust gelaten door de man. Dat ze ook niet alle gebeden moet meedoen. Dat is dikwijls ook een periode voor haarzelf. Bij ons is menstrueren dikwijls iets meer negatiefs om het zo te zeggen, terwijl, heel wat andere vrouwen zien dat meer als iets positiefs. Dat argument van bloedingen, daar wordt heel anders op gereageerd. Dat is een verschil."

HA 3: "Ja, we hebben een hele grote Roma-populatie en daar is het heel belangrijk om een groot gezin te hebben en ook eigenlijk heel jong al aan kinderen te beginnen. Daar zie je dan dat als jonge vrouwen van 20-21 jaar nog geen kindje hebben, dat dat soms al problematisch is. Als die dan al een partner hebben he. Heel het gezin vindt dat dat koppel een kind moet hebben. En dus dan is dat: oei, is er daar iets mis?… Ik denk dat dat écht vanuit hun cultuur, allee, familie is zo belangrijk. Voor hun is het zo, vb. opleiding, school, werk, die dingen zijn allemaal niet zo belangrijk, maar hun gezin, dat is echt eigenlijk zo wat hun status. Als ze een groot gezin hebben, dat is naar de buitenwereld, naar andere gezinnen toe eigenlijk heel belangrijk."

2.2.5 Religie

Religie is een volgend bepalend element dat de geïnterviewde artsen vaak samen met cultuur noemen. In het gesprek over gezinsplanning bij MEM speelt religie een belangrijke rol volgens de huisartsen. Hierbij verwijzen ze vooral naar de Islam en het Christendom. Patiënten zouden geloof ook regelmatig zelf aanhalen in het gesprek met de huisarts als een bepalende factor voor keuzes met betrekking tot family planning. Men ziet religie dan vaak als een restrictie in het geval van bepaalde manieren van ingrijpen, zoals bij anticonceptie en abortus. Dit wordt wel genuanceerd door de opmerking dat religie in dezelfde zin een bepalende factor kan zijn bij patiënten zonder migratie-achtergrond.

HA 1: "Mensen met een migratie achtergrond hebben vaak andere ideeën over anticonceptie he. Ze hebben soms het idee dat het van hun geloof niet mag. Dat kan soms een probleem zijn maar dat is wel minder aan het worden. Zeker bij een tweede en derde generatie, is dat zo een probleem niet."

HA 1: "Religie speelt een rol. Als je hier een Katholiek of een Protestants iemand, dat is hetzelfde: die zijn ook afhankelijk van hun geloof. Die hebben dezelfde ideeën van niet ingrijpen. Die gebruiken dikwijls ook geen anticonceptie; die hebben dezelfde drempel. Dus het religieuze denk ik is in die zin minder verschil."

2.2.6 Percepties rond uiterlijke tekens van cultuur

Opvallend is dat artsen de religieuze opvattingen van hun patiënten en het aanhangen van bepaalde religieuze voorschriften slechts in beperkte mate verbaal bevragen en deze eerder afleiden uit bepaalde uiterlijke kenmerken, zoals kledij en sluiering. Zo gaan ze er bijvoorbeeld van uit dat een (op een bepaalde 'typische' manier) gesluierde vrouw vanuit haar religie geen anticonceptie mag nemen voordat ze getrouwd is.

HA 5: "Als het iemand gesluierd is, hebt ge wel vrij snel richting van het geloof. Alhoewel dan nog he. Een Somalische gesluierde is iets anders dan een Syrische gesluierde. Een gesluierde met man aanwezig of zonder man aanwezig in een consultatie. De gesluierde die gevlucht is alleen. Of met kinderen. Of als er zelfs helemaal geen man in het spel is. Allee pas op dat is een onnozele term van die 'gesluierde' te noemen, maar dan weet ge, vermoedelijk, wat dat de godsdienst zal zijn he, het is dat wat ik bedoel."

2.2.7 Taboe

Op dezelfde manier gaat men ervan uit dat MEM minder over gezinsplanning spreken met artsen omdat dit onderwerp voor hen taboe is. Het bespreken van anticonceptie hangt samen met seksuele activiteit en dit zouden patiënten als gênant ervaren wanneer ze dit bespreken met een arts. Daarnaast denken de artsen dat het gebruik van een anticonceptieve methode voor de omgeving van de patiënt kan impliceren dat die seksueel actief is, wat in bepaalde culturen niet is toegestaan voor het huwelijk.

HA 2: "Als het over de pil gaat, de schrik natuurlijk dat dat meisje al seksueel contact gaat hebben. Zij komen met de reden van mijn menstruatieklachten. Maar die moeder is natuurlijk bang dat het in feite echt wel over contraceptie gaat en dat betekent dat haar dochter dan toch aan seks denkt en vermits dat daar niet mag voor het huwelijk. Dus dat is de reden waarom die moeders dat niet willen dat hun dochter contraceptie neemt. Maar dat is niet alleen bij de allochtone moeders he, dat is ook soms nog, niet veel meer maar ook nog, bij ons moeders he. In de tijd zou mijn moeder dat nog gedaan hebben."

2.2.8 Genderrollen

Alle artsen benoemen genderrollen als een sterk aanwezig element en als een belangrijk verschil wanneer ze family planning counseling doen bij patiënten met migratie-achtergrond ten opzichte van bij niet-MEM-patiënten. Ze halen regelmatig aan dat bij MEM partners geen gelijkwaardige positie hebben in

een relatie. De vrouw heeft volgens hen een duidelijk ondergeschikte positie ten opzichte van de man en dient aan een duidelijk verwachtingspatroon te voldoen, dat vooral gericht is op het baren en grootbrengen van een voldoende aantal kinderen. Hierbij heeft de vrouw zelf weinig inspraak en moet ze zich vooral neerleggen bij de beslissing van de man, zonder zich hierover verder vragen te stellen. Dit staat volgens enkele artsen tegenover onze 'westerse' gelijke positie van man en vrouw in een relatie.

HA 1: "De man, ik denk dat dat anders is. Ook veel meer zeggenschap heeft dan bij ons. Ik denk dat het hier de vrouw is die beslist of dat ze nog kinderen wil of niet. De man gaat zich meestal neerleggen bij de beslissing van de vrouw denk ik. Ik ben een keer; ik spreek nu wel van meer dan 20 jaar geleden. Een vrouw, die had een spiraaltje. Dat waren Tunesische mensen en die man wou nog een kind. En ik moest dat spiraaltje daar uit halen en ik zag aan het gezicht van die vrouw dat die dat eigenlijk niet zag zitten. Die wou eigenlijk geen kind meer. Die man was daar bij en ik moest dat tonen aan die man he. Dat ik dat spiraaltje had verwijderd. En ze heeft dus nog een kind gehad. Ze heeft het niet met tegenzin gehad. Dat denk ik nu niet. Maar het was echt de man die besliste. Terwijl dat Tunesiërs hier in het algemeen iets vooruitstrevender zijn. Daar hebben de vrouwen in het algemeen veel meer te zeggen dan bij de Marokkanen. Ze hadden al twee dochters en ze hebben dan een zoon gehad. Dat was eigenlijk een beetje de reden. En dat zie je dus ook nog heel veel he, dat die mannen graag een zoon willen."

HA 4: "Dat er van een vrouw wordt verwacht dat ze zorgt voor kinderen en veel kinderen en dat er niet altijd wordt rekening gehouden met de persoonlijke wens van de vrouw in kwestie of met wat zij van haar leven verwacht… Dat ze zichzelf al dan niet meer ziet dan enkel moeder van veel kinderen. Los van het feit dat dit bij vele vrouwen toch ook wel zelf de belangrijke vraag is om kinderen te krijgen, maar het is zo dat je merkt dat de man of de familie nog niet volledig rekening houden met wat de vrouw ook wenst of juist wilt. Ook samen met het rollenpatroon, dat de vrouw dan maar moet zorgen voor de opvoeding, al het werk voor de kinderen moet doen, met daarnaast dan nog al dan niet een eigen job."

2.2.9 Familie

Sommige artsen leggen in het interview vooral de nadruk op de familie en de omgeving van vrouwen als bepalende factoren bij family planning beslissingen. Deze familiale druk heeft een niet te onderschatten impact en is zeer duidelijk verschillend ten opzichte van hoe autochtone patiënten de familie een rol laten spelen. Vooral de schoonmoeder speelt een belangrijke rol in de beslissingen omtrent de gezinsformatie van haar zoon en schoondochter, waarbij zij haar schoondochter stuurt en de zoon geen inmenging heeft. Dit leidt tot heel wat frustraties bij artsen, maar het gegeven van familiale druk lijkt een rigide verhouding waar je je als arts best buiten houdt.

HA 4: "Ja, in culturen waarin mensen echt in grote families samenleven, waarbij die grote familie ook voor een stuk zorgt voor het gezin zelf, dat ze volgens de traditie verwachten dat die kinderen er komen. Het is niet evident voor migranten om, klassiek, met één been in de oude cultuur en met één been in de nieuwe cultuur te staan en dan aan beide zaken te proberen voldoen. Dat zal zeker ook een rol spelen, die verwachting van de familie. We zien dat vaak bij de Turkse mensen die we hier zien, die heel vaak uit een lage socio-economische klasse komen, dat ze trouwen en de verwachting is toch dat er binnen de zes maanden een zwangerschap is. Zo niet, dan worden er vragen over gesteld."

Anderzijds denken huisartsen dat vrouwelijke patiënten met een migratie-achtergrond wel onderling veel opener over seksualiteit, voortplanting en gezinsplanning spreken dan autochtone vrouwen. Ze vragen en geven veel meer raad en advies aan elkaar, wat als zeer positief benoemd wordt door drie geïnterviewde huisartsen. Een verklaring voor dit verschil ontbreekt echter.

HA 1: "Wat wel misschien iets positiefs is, denk ik, is dat allochtone vrouwen onder mekaar daar wel veel meer over praten en soms ook tegen mekaar dan zeggen: ge hebt die methode. Soms kunt ge mekaar op een of andere manier ook wel helpen. En ja, dat ze soms ook wel elkaar oplossingen aanreiken. Onder zussen ofzo. Daar wordt veel over gepraat he. Misschien bij ons ook wel. Dat vrouwen toch ook wel veel praten over vrouwenzaken onder mekaar. Over kinderen en over de mannen."

2.2.10 Generatieverschillen

Een zeer belangrijk gegeven dat de geïnterviewde artsen aanhalen is het verschil tussen generaties. Zo spreken volgens de respondenten eerste generatie MEM zelf veel minder over gezinsplanning tijdens het consult en staan ze er ook minder voor open. Tweede en zeker derde generaties zijn hierin al veel opener geworden en zijn meer aangepast aan de plaatselijke ideeën van gezinsformatie en passen deze ook zelf toe. Dit zou komen omdat zij ondertussen al beter 'geïntegreerd' zijn in onze samenleving, vermoedelijk omdat ze al langer in ons land verblijven, maar ook omdat hun cultuur minder aanleunt bij de traditionele beleving van hun ouders en grootouders.

HA 2: "Daar merkt ge verschil vooral in de generaties. Die oudere generaties die hier al 30, 40, 50 jaar wonen, die oudere mensen – want dat zijn de mensen die nu 70, 80 jaar zijn - die zijn niet veel mee geëvolueerd. Die zijn echt blijven leven in hun cultuur. Maar dan de kinderen, dat gaat al wat beter en de kleinkinderen, dat begint toch al flink te – hoe moet ge het noemen – te integreren. Te verwesteren."

2.2.11 Duur van verblijf

De invloed van duur van verblijf in het land van migratie bepaalt veel volgens de huisartsen. Dit gegeven benoemen de artsen vooral wanneer ze het hebben over gezinsplanning bespreken met vluchtelingen. Enerzijds hebben vluchtelingen weinig kennis van ons gezondheidszorgsysteem en vinden ze daardoor moeilijk de weg naar de huisarts. Als ze dan toch op consultatie komen gaat het eerder over andere, meer dringende onderwerpen, dan over gezinsplanning. Zij hebben meestal andere, meer prangende, prioriteiten, zoals legaal verblijf, huisvestiging en zoeken van werkgelegenheid om hun familie te onderhouden. Daardoor verdwijnt gezinsplanning al snel naar de achtergrond.

HA 2: "Wel, dat het zeer divers is he; tussen mensen die hier al heel lang wonen, die hier eigenlijk al voor een groot stuk geïntegreerd zijn en mensen die eigenlijk maar net vanuit die verre landen naar hier gekomen zijn. Daar zit een groot verschil in, in mening daarover, in vragen en wensen en het al dan niet bespreken. Het is in feite nog maar de jongere generaties die hier al een aantal generaties wonen die durven met de vraag komen naar anticonceptie. Die andere mensen, die hier nog niet lang zijn, diegenen die de taal niet spreken is al heel moeilijk om dat bespreekbaar te maken. En die komen het ook niet vragen hoor. Die hebben andere bezorgdheden. En daar is het nog vaak van hoe meer kindjes hoe liever. En zijn het echt migranten zoals de vluchtelingen die er nu zijn: daar hebt ge niet veel vraag (naar family planning counseling)."

Anderzijds bouwen sommige artsen een andere redenering op en stellen dat vluchtelingen net door hun andere prioriteiten en zorgen en door hun onzeker verblijf meer aandacht hebben voor gezinsplanning. Ze hebben ook eerder een hogere opleiding genoten in hun land van afkomst en zijn daardoor dus beter op de hoogte van anticonceptieve methoden.

HA 3: "Ik denk dat zo de vluchtelingen daar toch wel meer mee bezig zijn. Ze hebben ook geen huis. Ze hebben hier nog geen werk. Financieel. Alhoewel dat ze meestal financieel het niet zo heel slecht hebben maar wel de onzekerheid en dat die zo toch wel eerst ook willen weten, kunnen we hier toch wel echt

blijven? … Wel, ik denk dat dat een factor is waardoor dat ze daar twee keer over nadenken. En dat ze dan ook echt wel weten wat er daar allemaal bestaat om dat dan ook te doen, gezinsplanning."

2.2.12 Leeftijd

Ten slotte halen enkele artsen aan dat leeftijd een belangrijke factor is. Hierbij gaat het niet alleen over de leeftijd waarop men gemigreerd is, maar ook over de levensfase waarin een patiënt zich bevindt. Wat de leeftijd waarop men migreerde betreft, stellen enkele artsen dat MEM die op jongere leeftijd migreren een meer flexibele kijk hebben en zich dus ook sneller aanpassen aan onze samenleving, waarin gezinnen doorgaans minder kinderen hebben en beide ouders werken. MEM-patiënten die op oudere leeftijd gemigreerd zijn, zijn hierin al meer bepaald vanuit hun thuisland en hebben daardoor ook minder de neiging om hierover met een arts te spreken. Wat de levensfase van de patiënt betreft benoemen twee artsen dat ze het gemakkelijker vinden om over gezinsplanning te spreken met oudere vrouwen dan met jongere meisjes, omdat vrouwen met meer levenservaring, die al kinderen hebben, veel kritischer nadenken over (methoden van) gezinsplanning en hierover gemakkelijker in conversatie gaan dan jongere vrouwen, die vaak ook meer schaamte tonen als dit onderwerp aan bod komt.

HA 9: "Ik denk dat mensen die hier geboren en getogen zijn, dat die een duidelijker visie hebben hoeveel kinderen dat ze willen hebben, wat dat betekent kinderen hebben enzovoort. Dat hebt ge bij de derde of de vierde generatie Turken ook he. Dat ze gezien hebben dat hun ouders hebben moeten werken. Dat de kinderen naar school brengen, dat dat ook inspanning kost financieel enzovoort. Dat zij daar ook stillekes aan over nadenken. Maar dan kunt ge zeggen: twee kinderen, dat is genoeg."

HA 7: "Ik kan het ook linken of dat er twee werkende ouders zijn. Als ze alle twee werken, dan komt eigenlijk wel soms van: nee, ik ben echt niet van plan om direct aan de tweede te beginnen, want ik moet werken. Zelfs als ze laag geschoold zijn. En het is druk en ik moet een onthaalmoeder vinden en dan moet ik een crèche vinden. Die zijn eigenlijk wel mee met de tijd en met de realiteit. En bij die mensen is dat echt wel gemakkelijk bespreekbaar. Dan is dat van oké, dan starten we anticonceptie. Ze hebben een migratie achtergrond, maar ze zijn - misschien ga ik dat woord gebruiken - ze zijn volledig geïntegreerd. En ze begrijpen dat het systeem gewoon anders is. Want in hun land is hun vrouw huisvrouw en de man werkt buiten. Hier is het alle twee buiten werken en dat speelt wel een rol."

2.2 Barrières en facilitatoren bij het bespreken van family planning met MEM

2.2.1 Barrières

a. Taalbarrière

Als voornaamste barrière halen de artsen de taalbarrière aan die in mindere of meerdere mate aanwezig is bij consulten met MEM. Het ontbreken van een gemeenschappelijke taal vormt uiteraard al op zich een belangrijke hindernis, en niet in het minst bij het bespreken van een onderwerp als gezinsplanning, waarbij persoonlijke beleving en context belangrijke te bespreken elementen vormen die zich niet laten vertalen met beperkte middelen. Daarbij komt dat dit gevoelige materie betreft, die op zichzelf al gêne kan oproepen bij de patiënt, aangezien gezinsplanning zich nog steeds in de taboesfeer bevindt, aldus de geïnterviewde artsen. Om die reden heeft de aanwezigheid van een tolk niet altijd het gehoopte resultaat. Dit betreft vooral de ervaringen van huisartsen met informele tolken, zoals familieleden. Hierbij hebben de artsen vaak het gevoel dat de patiënt niet de kans krijgt om de eigen ideeën, bezorgdheden en verwachtingen voldoende in de diepte met de arts te bespreken. De familieleden vormen vaak een niet te onderschatten filter in de informatieoverdracht, ook al benoemen de artsen dit zelf tijdens het consult.

HA 6: "Ik twijfel niet aan de info die ik doorgeef, maar ik twijfel aan hetgeen dat de patiënt meedeelt aan de tolk om aan mij te laten weten. Dat ge daar soms merkt van oei, de ongerustheid of de non verbale taal van de patiënt voor mij en hetgeen wat mij gecommuniceerd wordt via de tolk vind ik niet overeenstemmen met elkaar. Ik zeg dat dan soms ook wel, verbaal, van ik merk dat er daar precies meer ongerustheid zit of iets anders aan de hand is maar ja. Dat ik toch het gevoel heb van ik krijg hier toch niet alle informatie zoals het zou moeten zijn."

Wat de ervaringen met formele tolken betreft, melden enkele artsen dat, ondanks de voorafgaande bedenking dat een extern persoon een belangrijke drempel kan vormen voor de patiënt om vrijuit over dit gevoelige thema te kunnen spreken, dit achteraf gezien echter nooit het geval bleek. Het omgekeerde was waar: de patiënt en de arts hadden samen het gesprek kunnen opentrekken en cruciale informatie kwam aan de oppervlakte. Twee artsen vertellen ook dat ze na zo een gesprek over gezinsplanning met een formele tolk achteraf het gevoel hadden een betere band met deze MEM-patiënt te hebben en ook bij de patiënt te ervaren dat deze meer vertrouwen had in diens persoon als huisarts.

HA 3: "Zo bijvoorbeeld een ongewenste zwangerschap die toch al redelijk ver gevorderd was., ja, toen had ik ook echt zoiets van: ik plan ook echt een tolk, een onafhankelijke tolk, echt aanwezig. Dat was dan een man die tolk, dus ik dacht van oei, maar eigenlijk vond ik dat zeker geen barrière naar het gesprek. Het bleef niet zo'n evident gesprek omdat zij, zij was introvert, onafhankelijk van de taal. Maar ge hebt wel iets van ik heb het wel kunnen vertellen en zij heeft ook kunnen vertellen wat ze wou. Tegenover anders hebt ge zoiets van ze is introvert maar wat heeft ook de taal nog een factor. En die factor valt dan helemaal weg. Dus ja, op zo'n momenten denkt ge dan toch wel van: een tolk is leuk. Want daar was ook het grote probleem. Ze was ongewenst zwanger. Niemand wist dat, ook niet haar familie. Dus daarvan kon er ook niemand tolken. Plus dan ook over zo'n onderwerp, allee, het is niet slecht dat dat inderdaad iemand helemaal onafhankelijk is ook he. Ik vond het voor mezelf wel een geruststelling dat ik toch met haar heb kunnen praten zo."

b. Genderrollen

Vervolgens beschouwen de artsen genderrollen als belangrijke barrière. Dit gaat zowel over gender van de arts ten opzichte van gender van de patiënt, maar ook over de genderrollen in de partnerrelatie.

b.1 Verschil in gender tussen arts en patiënt

Ten eerste, als het gaat over het genderverschil tussen arts en patiënt als barrière, melden vooral de mannelijke artsen dat ze hun man-zijn als een belangrijke drempel ervaren in het consult over gezinsplanning met een vrouwelijke patiënte. Hier benoemen ze hun eigen gêne om een onderwerp, dat toch wel sterk gelinkt is met seksualiteit, te bespreken met een patiënt van de andere sekse. Dit vooral omdat ze niet goed kunnen inschatten of dit wel aanvaard is in de cultuur van de vrouw in kwestie om dit te bespreken met een mannelijke arts. Enkele artsen menen deze gêne ook op te merken bij hun vrouwelijke MEM-patiënten wanneer ze hierover spreken.

HA 8: "Ja, ik vind ook als man, als jonge arts of wat ook, dat dat een onderwerp is waar dat we best zoveel mogelijk proactief aanhalen op zich met ook altijd de keuze van: ge moogt dat even goed bij mijn vrouwelijke collega ook aanhalen. Laat ons zeggen, dat is een onderscheid waar ik mezelf eerder op betrap dan dat ik de patiënten erop betrap. Als ik het dan aanhaal, hebben ze dikwijls geen probleem om het met mij te bespreken. Maar ik moet zelf eerlijk zeggen: er zijn meer vrouwen als mannen waarmee ik dit bespreek. Wat ook logisch is omdat gezinsplanning spijtig genoeg meer een zorg is voor een vrouw dan voor een man. Maar aan de andere kant, medisch kunnen we ook iets meer bij een vrouw dan bij een man; maar toch eigenlijk is het de verantwoordelijkheid van de twee. En ik merk dat

ik het veel meer bespreek met vrouwen dan mannen. Dus op dat vlak ja denk ik, maak ík dikwijls een onderscheid terwijl dat eigenlijk fout ligt of praat ik mij goed op een foute manier."

HA 8: "Eigenlijk is dat toch een sekse gevoelig of een gender gevoelig thema he. Dus ja, ik denk dat dat een aspect is maar het mag niet een reden zijn waarom ik het niet proactief aankaart. Het mag wel een reden zijn waarom dat de patiënt het liever niet met mij of liever een vrouwelijke collega he. Langs hun kant mag dat wel. Maar ik denk niet dat het vanuit mijn kant een argument mag zijn."

De ongemakken bij het bespreken van de verschillende facetten van gezinsplanning nemen af naarmate men de patiënt en diens familie beter leert kennen en er een vertrouwensrelatie ontstaat. Dan kan men plots wel veel explicieter over deze zaken spreken. Een arts nuanceert dit verder door te stellen dat dit ook het geval is bij autochtone patiënten.
Waar mannelijke huisartsen het gesprek over gezinsplanning met een vrouwelijke patiënte eerder als een ongemakkelijke consultatie beschouwen, hebben vrouwelijke huisartsen veel minder problemen met een dergelijk consult met een mannelijke patiënt. Sterker nog, twee vrouwelijke huisartsen geven zelfs aan dat ze het als een blijk van vertrouwen ervaren als mannelijke patiënten bij hen komen en hierover wensen te spreken. Zowel de mannelijke als de vrouwelijke huisartsen geven aan dat ze zich het best op hun gemak voelen als ze over gezinsplanning spreken met een patiënt van hetzelfde gender. Vooral omdat ze dan dezelfde 'taal' spreken, van man tot man en van vrouw tot vrouw.

HA 2: "Ik sta er soms van versteld dat mannen waarvan ik zou denken van die gaat nooit bij mij met die vraag komen en die dat wél doen. Er zijn er hoor die zeggen we moeten een man hebben. Maar ik sta soms versteld toch over bepaalde allochtone mannen waarvan ik het zeker niet zou verwacht hebben, die zich zonder schroom laten onderzoeken. En wie er echt niet bij mij komt omdat ik een vrouw ben? Ik denk niet… ge weet dat natuurlijk niet. Als ze niet komen, komen ze niet. Ge weet ook niet waarom dat ze niet komen: Is het omdat ge hun niet ligt, is het omdat ge een vrouw zijt? Ja, dat weet ge niet. Maar andersom sta ik soms wel versteld dat bepaalde mannen bij mij komen. Daarom niet alleen voor seksuele dingen, maar ook gewoon voor andere zaken. Ik heb hier zelfs imams uit de moskee die bij mij komen, die andere vreemde mannen meebrengen. Dat ik mij afvraag van: hoe komt dat? Er zijn zoveel mannelijke artsen, waarom komen die dan bij mij? Het is toch ergens een leuk teken van vertrouwen."

b.2 Genderrollen in de partnerrelatie

Ten tweede, als het gaat over genderrollen in de partnerrelatie, geven de geïnterviewde artsen aan dat ze het als zeer frustrerend ervaren wanneer ze de indruk hebben dat de vrouw ondergeschikt is aan de man in de relatie en zelf weinig autonomie bezit. Dit is een gegeven dat zowel aan bod kan komen wanneer de vrouw alleen op consultatie komt, als wanneer ze samen met haar partner op consultatie aanwezig is. Wanneer de vrouw alleen op consultatie komt het soms ter sprake dat bepaalde opties tegen de wil van haar partner zijn en daardoor niet aan de orde zijn. Dit vinden artsen over het algemeen moeilijk te plaatsen. Ze maken zich de bedenking dat het voor de vrouw toch wel een moeilijk gegeven moet zijn om tussen twee culturen te leven, namelijk de traditionele cultuur van de partner, familie en omgeving en de westerse cultuur van onze samenleving. Dit gegeven kan wel besproken worden met de individuele patiënte, maar uiteindelijk levert dit geen veranderingen op. Sommige artsen vermelden dat ze zich hierbij soms machteloos kunnen voelen. Wanneer de vrouw samen met haar partner op consultatie komt en de geïnterviewde huisartsen de indruk hebben dat vooral de mening en wensen van de partner aan bod komen, wordt dit zelden tot nooit opengetrokken in een gesprek. Artsen geven aan dat ze dit liever niet doen omdat ze bang zijn dat ze het de vrouw in kwestie daardoor nog moeilijker kunnen maken en dat het uiteindelijk ook niet hun taak is om andere waardenschalen te beoordelen of te proberen veranderen.

HA 4: "Je verstaat niet altijd wat er in het koppel omgaat, er is een duidelijk rollenpatroon wanneer de man beslissingen neemt in plaats van de vrouw. Als die vrouw dan niet alleen bij jou op consultatie komt om daarover te praten - vaak komen ze als koppel bij jou - en je stelt dat vast… Je zou dat in eerste instantie kunnen ter sprake brengen, dat je dat niet oké vindt, die manier van kijken naar een gezin. Maar eigenlijk loop je dan gewoon het risico dat je het vertrouwen van het koppel hypothekeert door… en eigenlijk weet je niet of die vrouw ermee gediend is om iets te brengen dat achteraf een conflict in die relatie kan brengen, want uiteindelijk, als die vrouw wat afhankelijk is van die man, is die vrouw ook economisch afhankelijk en die kan niet zomaar wegstappen uit die relatie. Het heeft ook weinig zin om iets aan te brengen dat het die vrouw uiteindelijk lastiger maakt."

c. Verschillende waardenschalen

De respondenten stellen dat ideeën over ideale gezinssituatie (o.a. gezinsgrootte, leeftijd bij geboorte van het eerste kind) zeer persoonlijk gekleurd zijn en dat men als arts alert moet zijn om geen eigen waarden en normen over te brengen naar patiënten met andere waardenschalen hieromtrent. Dit verschil in waardenschalen tussen arts en patiënt benoemen de geïnterviewde artsen ook meermaals als drempel tot een open gesprek over gezinsplanning. Ondanks dat de meeste artsen benadrukken dat het belangrijk is om de eigen waardenschaal niet als superieur te zien, zijn ze zich toch steeds pijnlijk bewust van dit verschil en zien ze dit als een barrière tot verder gesprek wanneer de verschillen naar boven gekomen zijn. Slechts twee artsen benoemen dit gegeven als zeer boeiend en zijn nieuwsgierig om deze verschillen in waarden en normen verder te exploreren samen met de patiënt.

HA 1: "Toch wel dat je echt voorzichtig moet zijn vind ik om niet uw eigen normen op te leggen aan hun. Daar ben ik heel voorzichtig mee. Iedereen mag uiteindelijk doen wat hij wil he. Die mag tien kinderen krijgen of 20. Ik vind niet dat ik mijn idee moet opdringen aan andere mensen. Dat is niet mijn taak. Dus ik probeer altijd goed van hun situatie uit te gaan. Als het voor hun, in hun leven, van hun eigen draagkracht en draaglast uit te gaan."

HA 8: "Het is anders he. Het komt niet overeen, maar het is gewoon goed om te zien dat: ge moet niet overeenkomen om wel begrip te hebben voor elkaar en ja, dat het samen gaat. Of in mijn geval, huisarts te zijn van hun als patiënt. Dat is onze relatie op dat moment. En dat lukt keigoed. Ik heb het gevoel dat ik voor hen een goeie huisarts kan zijn. Zij geven ook aan: ge doet dat goed, dat is tof."

d. Aanwezigheid van familieleden

Zoals de aanwezigheid van de partner een belangrijke barrière kan betekenen voor artsen in het gesprek over gezinsplanning, geldt dit ook voor de aanwezigheid van andere familieleden. De aanwezigheid van de familie, en in het bijzonder de schoonfamilie van de vrouw, kan namelijk ook de autonomie van de vrouw in het gedrang brengen. Meerdere artsen schetsen ervaringen waarbij meestal de schoonmoeder van de vrouw het consult naar de eigen hand zet en de vrouw onder druk zet om veel kinderen te krijgen, liefst op jonge leeftijd en kort na elkaar. Op die manier lijkt het voor veel artsen dat jonge vrouwen geen keuze hebben in het organiseren van hun gezinssituatie, omdat ze vaak heel afhankelijk zijn van hun (schoon)familie. Niet alleen is het voor hen belangrijk om, vanuit hun ondergeschikte positie, de gratie van de familie te behouden, ze moeten ook een aantal wensen van de grootouders in vervulling brengen, net te meer omdat zij vaak een belangrijk deel van de opvoeding van de kleinkinderen op zich nemen. De meeste artsen geven aan dat het voor hen zeer moeilijk is om hiermee aan de slag te gaan en hebben de ervaring dat ze hier toch geen verschuiving in kunnen veroorzaken. Zich hierin 'moeien' zien de artsen eerder als onveilig terrein, dus daarom wordt dit mijnenveld eerder vermeden.

HA 7: "Ik heb morgen een patiënte die komt nooit alleen. Ze komt altijd met haar schoonmama. En ja, dan wordt het eigenlijk wel gevoelig. Ik vind dat wel ambetant. Ik bespreek, ik zeg het gewoon hoe dat het eigenlijk zit. En dat is echt een weerstand van dat is niet nodig. Een weerstand bij allebei. Omdat bij de patiënt zelf het respect voor de schoonfamilie van 'ah nee, dat is besproken bij ons in de familie. En ze verwachten eigenlijk van ons dat we zeker vier kinderen maken. En liefst nu, ze zijn niet meer jong, de schoonfamilie en ze willen, zeker de schoonouders, en ze willen toch genieten van onze kindjes'. Ja, dat is eigenlijk niet meer bespreekbaar dan… Ge kunt niet meer dan informatie geven eh. Ge kunt niet meer dan dat doen; ge kunt luisteren. Ge moet ook wel de mening van anderen respecteren. Ik vind dat heel lastig. Omdat ge ziet van: dat is niet wat jij wil. En er wordt ook wel gezegd van ja, maar, misschien is dat niet wat ik wil maar ik vind dat oké."

e. Laag opleidingsniveau en beperkte kennis over seksualiteit, voortplanting en anticonceptie

Een laag opleidingsniveau van de patiënt en beperkte kennis (health literacy) over seksualiteit, voortplanting en anticonceptie bij de patiënt zijn belangrijke barrières voor een geslaagd gesprek over gezinsplanning. Wanneer de patiënt eerder beperkte kennis heeft hierover wordt het gesprek al snel zeer arbeidsintensief en is veel energie en tijd nodig om alles correct over te brengen bij de patiënt. Meestal formuleren patiënten hun vragen dan ook weinig concreet, wat het voor de huisartsen moeilijk maakt om in te schatten wat er juist van hen verwacht wordt, aldus de geïnterviewden. Een arts geeft aan dat het uitleggen van anticonceptieve methoden, met het bespreken van voor- en nadelen, op zich al zeer intensief en tijdrovend is, laat staan als de patiënt niet op de hoogte is van een aantal basisbeginselen.

HA 7: "Ja, ik merk wel dat ze gewoon echt weinig informatie hebben. Ik dacht een keer van: ik ga anticonceptie uitleggen, dat is keimakkelijk. Amai. Dat heeft mij echt een half uur gekost he, zo alles uit te leggen aan de patiënt. Ik was zelf verschoten van de vragen die eigenlijk naar boven kwamen die ik eigenlijk echt niet, ook nog niet bij stil gestaan heb. En zo echt op elke anticonceptie, we hebben zo een mapje met foto's eh. En zo ah leuk en wat zijn de voordelen, wat zijn de nadelen van elke methode. En ja, ge hebt veel mensen die echt gewoon weinig, weinig informatie bezitten."

f. Tijdsgebrek en ontbreken van opportuniteit

Tijdsgebrek is daarnaast een belangrijke drempel. Patiënten brengen een vraag naar gezinsplanning namelijk niet als RFE. Het komt dus eerder toevallig aan bod, waardoor er in het consult ook weinig marge is om hier uitgebreid op in te gaan. Wanneer de artsen dan een volgende afspraak geven om hier verder op in te gaan, komen patiënten soms niet opdagen, waardoor de artsen het idee krijgen dat het voor patiënten geen prioriteit is. Zoals tijd een probleem is, ontbreekt dus ook vaak de opportuniteit om erover te spreken. Het kan toevallig kort aangehaald worden als gevolg van een andere vraag, maar een echte opportuniteit om gezinsplanning als RFE van het consult te zien ontbreekt veelal.

HA 10: "Als ge dat bij iedereen, zeker in de winterperiode, die hebben een verkoudheid. Diagnose, behandeling, hup. Ge kunt dat niet zomaar vragen. Ge moet daar een heel gesprek aan vast knopen. Dat exploreren, daar zijt ge toch tien minuten, een kwartier mee bezig. Als ze daarvoor komen vind ik dat logisch maar om dat bijkomstig te doen… Ik denk gewoon dat we daar geen tijd voor hebben."

HA 9: "Het is moeilijk om een ingangspoort te vinden. Als ge geen ingangspoort hebt. Gij komt met een verstuikte enkel. Ga ik u vragen: hoe zit dat met uw anticonceptie en hebt ge een relatie en…? Dan gaat ge zeggen: dokteur, wie peist gij wel dat ge zijt van dat allemaal te vragen? Terwijl als ze met een lief komen is dat wat anders he. Dus, het is, opportuniteit is van belang."

HA 3: "Want ja, die pil is dan maar… Ze komen dan al met heel veel andere dingen. Ge wilt dat dan toch efkes aan bod laten komen, daar efkes iets over vragen. Maar dan is dat natuurlijk niet heel uw consult. En ja, ze daarvoor laten terugkomen, ja, dan komen ze nooit. Dus op dat vlak is dat niet altijd evident."

g. Bespreekbaarheid van gezinsplanning (aanvaardbaarheid)

Volgens enkele geïnterviewde artsen verwachten patiënten ook niet dat hun huisarts over seksualiteit, voortplanting en gezinsplanning met hen zal spreken. De artsen zijn bang dat het starten van een gesprek over gezinsplanning daardoor een zeer ongemakkelijke sfeer zal opleveren. Dit gegeven zien artsen als een barrière om dit ter sprake te brengen.

HA 4: "Dat je wat voorzichtiger bent, dat je rekening houdt dat je eventueel ongepaste dingen vraagt. Het heeft veel te maken met seksualiteit, hetgeen waarnaar je navraag doet… en dat je in een aantal opzichten niet zeker bent of je het mandaat hebt om daarover te spreken. Het is een beetje aanvoelen 'Kan dit hier ter sprake gebracht worden?', 'Zou de patiënt dit als ongepast ervaren?'. Ik zie er meestal geen graten in om dit te bespreken, maar het is iets dat meespeelt in het achterhoofd en bepaalt hoe je het formuleert. Misschien dat dat er dan wel voor kan zorgen dat je het dan minder snel bespreekt, omdat er toch iets van een drempel is."

2.2.2 Facilitatoren

a. Vertrouwdheid met de patiënt

Naast barrières worden ook enkele facilitatoren aangehaald. Zo werd reeds vermeld dat wanneer huisartsen een patiënt en diens familie langer kennen, ze het evidenter vinden om te spreken over seksualiteit, voortplanting en anticonceptie en ook explicieter durven te spreken over deze onderwerpen. Wanneer arts en patiënt hetzelfde gender hebben zou dit ook gemakkelijker en met minder gêne verlopen.

HA 5: "Maar natuurlijk, het grote voordeel in die casus is: ik ben de family doctor. Daar ben ik nu wel écht -Ik ga niet zeggen heilig- maar daar heb ik ook al de plooien gladgestreken. Dus ik heb al vertrouwdheid van 15 jaar bij die mensen. Dan kunt ge zoiets veel makkelijker doen. Of all the way gaan in uw gespreksvoering. Dus dat maakt natuurlijk een gigantisch verschil. Moest dat een derde contact zijn, dan gaat ge dat wetenschappelijker aanpakken en misschien wel minder over 'hoeveel vrij jij?'."

b. Eigen ervaring met gezinsplanning

Enkele artsen voelen zich comfortabeler met het onderwerp door zelf ervaringsdeskundige te zijn geworden. Hiermee bedoelen ze dat ze door zelf een gezin te hebben, meer voeling gekregen hebben met het onderwerp en zich ook meer geplaatst voelen om hierover een gesprek aan te gaan met hun patiënten. Door zelf ervaring op te bouwen met een eigen gezin geven artsen ook aan meer kennis opgedaan te hebben over het onderwerp. Een arts stelt zelfs dat het opdoen van kennis over gezinsplanning via eigen ervaringen veel effectiever bleek dan het vergaren van kennis tijdens de opleiding tot arts.

HA 10: "Na uw opleiding weet ge daar niet echt. Allee, ik wist daar niet zodanig veel van na mijn opleiding. Terwijl, als ge zelf kindjes hebt weet ge dat allemaal perfect hoe dat ge dat. En de mensen voelen dat dan. En dan kunnen ze zo ervaringen uitwisselen. Allochtoon of autochtoon, ik denk dat dat er los van staat hoor. Ge merkt wel dat verschil; als ge er zelf veel van weet en de mensen weten ook die heeft kinderen, daar kan ik iets aan vragen. Terwijl als ze weten, dat is nog niet in zijn leefwereld gaan ze er ook minder rap over beginnen."

c. Bekendheid met 'de cultuur' van de patiënt

Ten slotte stellen enkele huisartsen dat ze het toegankelijker vinden om over gezinsplanning te spreken met MEM-patiënten wanneer ze vertrouwd zijn met de cultuur van die patiënt. Wanneer artsen een grote populatie patiënten met 'dezelfde culturele achtergrond' hebben, geven ze aan deze cultuur beter te kennen en deze patiënten ook beter te kunnen inschatten. Bij patiënten uit een 'gekende' cultuur hebben ze een beter idee hebben van wat er speelt en begrijpen ze hen dus beter. Wanneer ze patiënten zien die eerder een nieuwe groep vormen in de populatie, ontbreekt deze vertrouwdheid en hebben artsen de indruk plots veel minder handvaten te hebben om met deze 'nieuwe' patiënten te communiceren. Dit wekt een grote onzekerheid op bij de artsen waardoor ze zelf veel minder proactief aan de slag gaan en de neiging hebben van 'het toch maar zo te laten'.

HA 4: "Bijvoorbeeld, de laatste tijd zijn er een aantal Afghaanse families hier in de praktijk gekomen. En daar heb ik toch het gevoel van heel weinig culturele affiniteit, waarbij dat de persoon in kwestie, of eigenlijk de vrouw in kwestie, vanaf het minste dat je over iets lichamelijks begint of seksualiteit aankaart, begint te giechelen en dan is er een soort van ongepastheid/gespannenheid. Dat is een groep waarbij ik geen serieus gesprek... Dus bij zo een gevallen ga ik minder spontaan aankaarten of checken. Ja, door minder voeling heb je ook veel minder vertrouwensrelatie, waardoor je… en als de vertrouwensrelatie er niet is, dan is het ook moeilijk om zo een intieme vragen te stellen."

d. Openheid en vertrouwen bij de patiënt

Wanneer de geïnterviewde artsen spreken over hun positieve ervaringen met gezinsplanning bij MEM, dan halen ze vooral casussen aan waar ze het gevoel hadden dat patiënten op een open manier communiceerden met hen. Dit is voor hen zeer positief omdat ze dit een blijk van vertrouwen vinden van de patiënt. Daardoor voelen ze zich meer zelfzeker bij deze patiënt.

HA 8: "Dat is uiteindelijk tof dat ge voelt van ik kan tot bij hen en dat geeft een aangenaam gevoel. Dat wordt keihard versterkt als ge ook het gevoel hebt dat ze content zijn dat je met hen meegaat… Het is gewoon goed om te zien dat: ge moet niet overeenkomen om wel begrip te hebben voor elkaar en ja, dat het samen gaat. Of in mijn geval, huisarts te zijn van hun als patiënt. Dat is onze relatie op dat moment… Ik heb het gevoel dat ik voor hen een goeie huisarts kan zijn. Zij geven ook aan: ge doet dat goed. Gelijk bv dat consult, als ze met drie afkomen, drie of vier, en dat ge ook voelt dat ze speciaal bij u een afspraak hebben gemaakt voor zo'n moment, dat is tof."

3 Aanpak van family planning consulten bij MEM door de huisarts

3.1. Wat is de globale aanpak van huisartsen tijdens family planning counseling bij MEM?

3.1.1 Communicatief repertoire

Alle geïnterviewde huisartsen benoemen actief luisteren naar het verhaal van de patiënt als de belangrijkste basisvaardigheid in hun aanpak van een family planning consult bij een patiënt met migratie-achtergrond. Door te luisteren krijg je meer zicht op de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen die leven bij de patiënt. Op die manier kan men ook achterhalen in welke mate de context van de patiënt een rol speelt bij bepaalde beslissingen. Men probeert ook aandachtig te zijn voor cues van de patiënt, op basis waarvan men denkt te kunnen afleiden of die zich wel of niet comfortabel voelt bij de inhoud van het consult.

HA 2: "Probeer eerst goed te analyseren, te toetsen wat ze willen. Probeer met een paar vragen, een keer te luisteren ten eerste wat ze komen zeggen. En daar eerst een beetje psycholoog zijn. Een beetje naar luisteren en proberen uit te distilleren wat eigenlijk de vraag is. Ik denk dat dat al één ding is."

HA 8: "Door te luisteren, door te proberen in komen, geïnteresseerd te zijn in hoe heel de situatie zit en dan ook proberen duidelijk na te gaan wat hun vraag naar mij is. Hoe dat ze mijn rol zien. Dikwijls zou ik niet weten wat ik zou kunnen betekenen of willen doen. En dan vraag ik dat gewoon. Hoe zie je mijn rol? En het toffe is dat ze dat meestal ook wel dan aangeven. Dan heb je het niet meer over dat zware verhaal maar direct over hoe met dat verhaal omgaan en dan ook over uw rol als huisarts. Soms is dat dan inderdaad gewoon de informatie geven die ook nodig is of hen naar de juiste instanties verwijzen of gewoon ook van: dat ze content zijn dat ze het verhaal eens hebben kunnen vertellen."

HA 3: "Ik denk zeker ook om na te vragen: 'Wat is voor u ook een gezin en een familie?'. Hoe ziet hun droomfamilie of gezin eruit? Is dat met veel kinderen, zijn dat maar twee kinderen? Ik vind dat wel, als ge met gezinsplanning bezig zijt, iets heel belangrijk. En ja, ook hoe dat ze tegenover anticonceptie staan. Is dat iets van nee, daar doen wij niet aan mee en dan ook bevragen waarom niet?"

3.1.2 Mogelijke (culturele) verschillen herkennen, exploreren en aanvaarden

Men probeert attent te zijn voor mogelijke verschillen in ideeën en waardenschalen op basis van verschillen in cultuur. Sommige artsen proberen deze opgevangen verschillen voorzichtig te exploreren om meer inzicht te krijgen in het denkkader van de patiënt. Verschillende huisartsen benadrukken het belang van het respecteren van de waardenschaal van patiënten, ook al staat die haaks op de eigen ideeën, waarden en normen van de arts.

HA 4: "Je bewust zijn van de verschillende waardeschalen, tussen jezelf en wat je zelf niet evident vindt. Rond welke waardenschaal spreekt deze patiënt? Er durven actief rond vragen stellen op een niet-denigrerende manier. Niet op een manier waaruit blijkt dat je het achterlijk vindt. Even veel vragen naar de rol van 'Wat denken uw man en uw familie hierover?' en kijken hoe ze daarop reageren."

HA 8: "Een goede gezinsplanning is voor mij dat ik hen goed begeleid bij hun gezinsplanning. Het zijn zij die plannen met hun normen en waardes, gezin per gezin. En ik als arts mag het begeleiden in eerste instantie op medisch vlak, dat ik medisch de juiste info geef. Maar ook dat ik rekening kan houden met al die andere aspecten. Dat is mijn taak. Of dat dat een gezin is met vier, vijf kinderen, op welke leeftijd dat dat dan ook moge zijn. Met twee of drie partners. Dat is – daar heb ik wel mijn eigen waarden en normen over - maar dat bepaalt niet of het een ideale gezinsplanning is he."

3.1.3 Zelfbewustzijn, bewustzijn van de situatie en aanpassingsvermogen

Enkele artsen benoemen ook hun eigen waardenschaal als een belangrijke factor om mee te nemen. Hiermee wordt bedoeld dat het van belang is om goed te beseffen welke je eigen waarden en normen zijn, zodat je ook kan begrijpen hoe die bepaalde van je eigen reacties als arts beïnvloeden. Hierbij is het ook van belang om zichzelf bewust te zijn van mogelijke stereotyperingen of vooroordelen die men soms onbewust hanteert bij bepaalde groepen. Uiteindelijk is het dan noodzakelijk om deze naast je neer te leggen, zodat je je volledig kan inleven in de context van de patiënt en het consult ook aan te passen door de communicatie te personaliseren en door tegemoet te komen aan de vragen en noden van de patiënt.

HA 4: "Er zijn veel consulten met migranten waarin je je bewust moet zijn dat je denkt vanuit een waardenschaal en dat je kritisch moet zijn ten opzichte van wat je zelf denkt. In de praktijk is dat vooral wanneer mensen iets zeggen waardoor je een buikreflex voelt van 'Wat een achterlijke gedachte'. Dat is op dat moment een signaal dat je met een andere waardenschaal zit en dat je je hiervan bewust moet zijn, zodat dat niet je beleid beïnvloedt. Dat je niet opdringt, omdat dat uiteindelijk niet productief is, als je iets opdringt, als de mensen niet zelf mogen kiezen."

HA 8: "Ja, eerst door heel goed te luisteren en het verhaal te horen van A tot Z, hun gedachten en hun gevoelens en die te bevragen. En dan ook bij uzelf te reflecteren inderdaad: wat doet dat, welke gedachten heb ik daarover, welke gevoelens heb ik daarover. Als ge die van hun goed begrijpt en die van jezelf ook goed begrijpt, -want het is ook belangrijk dat ge uw eigen ding daarrond kent- ja, dan kan je dat ook ofwel benoemen of ook voor uzelf bepalen van ja daar kan ik in meegaan of niet in meegaan. Ja, ge moet dat eerst wel redelijk hun verhaal goed kennen voor dat je dan verder kan natuurlijk."

3.1.4 Artsenspoor

Het medische luik, namelijk het artsenspoor, blijft voor enkele artsen de hoogste prioriteit van een consult rond gezinsplanning. Hierbij vinden ze het uitermate belangrijk om de correct medisch-wetenschappelijke informatie te verstrekken, omdat deze voor hen nog steeds de basis voor een beslissing vormt. Men vertrekt hierbij van het kennisniveau dat de patiënt reeds bezit. Men dient dus eerst te peilen naar wat patiënten al weten over bepaalde methoden. Daarna gaat men over tot het bespreken van de voor- en nadelen van bepaalde anticonceptieve methoden.

HA 1: "Ja, ge past u aan. Voor mij is dat een van de eerste dingen denk ik dat ik kijk wat de mensen al weten. Dat je toch een beetje weet van waar ze komen. Wat hebben ze in hun hoofd, wat weten ze al?"

HA 1: "Zelfs, voor de rest, luisteren goed naar de kennis die ze al hebben. Ik denk dat je daar grote fouten kunt mee maken als je denkt dat mensen te weinig weten of te veel weten he. Dat zijn even goed mensen die wel allochtonen zijn maar die hoog opgeleid zijn. Waarvan wij misschien denken: die weet daar allemaal niets van maar die weet dat wel allemaal. Je moet daar echt mee oppassen, in de twee richtingen he. Soms weten ze niet veel minder dan wij denken maar misschien veel meer."

De geïnterviewde huisartsen zien het daarnaast ook als hun taak om – indien deze aanwezig zijn - over bepaalde medische en sociale contra-indicaties voor een zwangerschap te spreken met hun patiënten. Ze ervaren een grote verantwoordelijkheid als het gaat om een volgende zwangerschap, met eventuele fertiliteitsbehandeling, in een sociaal kwetsbaar gezin en vinden het belangrijk om hier een gesprek over aan te gaan met hun patiënten om hun bezorgdheid te uiten, wat in de praktijk ook regelmatig gebeurt. Hierbij betrekken ze dan voornamelijk medische argumenten, omdat deze een veilig terrein van argumentatie vormen.

HA 1: "Maar ergens vind ik moeten wij ons toch een beetje aanpassen aan hoe zij dat doen, in hun cultuur. Tenzij dat natuurlijk die vrouw echt in gevaar is of dat je zegt: dat kan hier echt niet; gelijk die vrouw met die rugproblemen. Zij mag echt niet meer zwanger worden he. Dat vind ik nu echt dat dat, zij gaat daaraan onderdoor gaan. Daar zou ik wel verder durven gaan omdat ik dan echt ook wel medisch argumenten heb. Geen culturele argumenten. Ik vind dat ik als arts mij daar wel over kan uitspreken."

Een tweede belangrijk onderdeel van het medische luik is het proactief voorzien van opvolging. Twee artsen geven aan dat je als arts regelmatig dient terug te komen op het belang van anticonceptie (zeker postpartum) en ook na opstart van een methode frequent dient te controleren of de therapietrouw gunstig is en of de patiënt tevreden is met de gekozen methode.

HA 7: "Ge moet eigenlijk ook uw patiënten goed kennen en ge weet bij sommigen, oke, ze hebben dat goed begrepen. Ik denk dat ze wel zelf gaan langs komen voor anticonceptie. Bij anderen, als ge op postnataal bezoek merkt van anticonceptie interesseert hen absoluut niet, dan weet je van: volgende keer ga ik het nog een keer herhalen. Want als ge het gewoon maar eenmalig zegt, dan komen ze wel meestal ook op consultatie met dat baby'tje voor iets anders."

3.2. Uitdagingen

3.2.1 Specifieke aanpak bij moeilijke consulten

De geïnterviewde artsen geven vooral moeilijkheden aan bij consulten waar genderrollen een barrière tot een open gesprek vormen of wanneer familiale druk een duidelijke overweging maakt bij de keuzes van patiënten. In deze gevallen probeert men vooral om patiënten zelf te empoweren om voor hun eigen wensen, voorkeuren en beslissingen op te komen. Dit doet men door te peilen bij patiënten of ze over bepaalde keuzes goed hebben nagedacht hun persoonlijke argumenten te bevragen en door te toetsen of dit ook effectief enkel hun eigen keuze is.

HA 4: "Je probeert je in te leven in het verhaal van de patiënt… Natuurlijk, als je voelt dat de mensen daaronder gaan lijden, onder die manier van… Je kunt situaties soms gewoon benoemen… Je kan bijvoorbeeld zeggen: "Ik heb de indruk dat in uw cultuur of in uw familie de verwachting is dat je veel kinderen krijgt. Wat denk je daar zelf over?" Zoiets. Of dat je er nog een keer op terugkomt."

HA 4: "Ik denk in elk gesprek waarin emancipatie aan te pas komt. Dat je verwoordt voor de patiënt wat ze zelf willen en daar dan een stuk in ondersteunt. Dat je hen ondersteunt in hun ideeën, – niet per se tegen de familie, want ik denk niet dat je dan winst maakt - maar ook stimuleert om voor zichzelf op te komen. Bij dat gesprek stopt het dan ook. Je kan moeilijk een grote familie…"

HA 7: "Ik heb ook iemand die heel drukke kinderen heeft. En ze kwam bij mij omdat ze een derde wil, maar ik zeg: mag ik me moeien? Ik vind dat wel moeilijk maar ik zeg: gij hebt geen uitweg met de andere twee en nu wil je een derde. Is dat echt wat je wil? Jamaar ja, het zijn twee jongens en mijn schoonma wil graag een meisje. Ik zeg: ten eerste, heb je geen zekerheid om een meisje te hebben he. Ten tweede ja, je komt ik weet niet hoeveel klagen van slaapstoornissen, van dat je geen rust hebt als je thuiskomt, door je werk, door uw kinderen. En nu ga je aan een derde beginnen. Heb je daar echt over nagedacht? En je ziet dan, dan kunnen ze soms ook wel meegaan van: misschien heb je wel gelijk."

Dit is uiteraard enkel doenbaar als de patiënt alleen op consultatie komt. Wanneer de partner of familieleden aanwezig zijn, dan is dit een stuk moeilijker. In het geval van de partner, wanneer deze een duidelijke belemmering vormt in het consult, is er geen enkele arts die dit durft te benoemen of dit verder

exploreert. De geïnterviewde artsen zien dit eerder als een verhouding waar ze geen zaken mee hebben en zich beter buiten houden, aangezien ze hier toch niets aan kunnen veranderen.
Wanneer een familielid mee is op consultatie en een duidelijke druk uitoefent op de gemaakte beslissingen van de patiënt, geeft slechts één arts aan dit ook effectief te benoemen en aan te geven dat dit de autonomie van de patiënt in de weg staat. Wanneer ook dit geen effect heeft zou het nuttig kunnen zijn om aan het betrokken familielid te vragen om de consultatieruimte te verlaten of om voor te stellen dat de patiënt volgende keer alleen komt en er een tolk zal geregeld worden. Dit ook effectief uitvoeren in de praktijk is voor de meerderheid van de artsen nog een brug te ver en wekt de angst op om de vertrouwensrelatie arts-patiënt in het gedrang te brengen.

HA 2: "Dat kunt ge niet aanpakken he. Ge kunt moeilijk gaan ruzie veroorzaken en zeggen ge moet dit en gij moet zo. Nee, ik laat dat zo. Ik ga mij daar niet in dat potje gaan roeren en ruzie gaan veroorzaken. Nee. Ik toon dat ik wel meevoel en dat ik dat misschien wel erg vind. Maar ik ga zéker niet zeggen van: ge moogt daar niet naar luisteren en ge moogt niet. Nee, dat ga ik niet doen."

HA 4: "Als je voelt dat voor die vrouw, het vertrouwelijk is om een aantal dingen te bespreken, misschien moet je dan vragen dat iemand de consultatieruimte verlaat, of apart terugvragen. De praktijk leert dat dat toch niet zo evident is. Dat het alleen vragen toch ook verkeerd kan geïnterpreteerd worden."

3.2.2 Onderhandelen en samenwerken ondanks (culturele) verschillen

Een belangrijke uitdaging die zich stelt is shared decision making en dus het samenwerken en onderhandelen met MEM-patiënten, ondanks deze culturele verschillen. Zoals eerder aangehaald geven de geïnterviewde artsen het belang aan van het in kaart brengen van de verschillende culturen/waardenschalen die een rol spelen in het consult, inclusief het bewustzijn van de eigen waardenschaal. De eigen waardenschaal schuift men idealiter aan de kant, zodat men zich kan inleven in en kan aanpassen aan het kader van de patiënt en op die manier tot een gepersonaliseerd besluit kan komen. Ondanks dat de artsen dit gegeven in theorie benoemen, geven ze ook aan dat het zeer moeilijk blijkt in de praktijk om mee te gaan in een verhaal dat haaks staat op de eigen overtuigingen en dat dit vaak met gevoelens van machteloosheid gepaard gaat, omdat men bepaalde verhoudingen die nadelig zijn voor de patiënt in kwestie nu eenmaal niet kan veranderen. Artsen geven aan dat ze het als frustrerend ervaren wanneer ze geconfronteerd worden met culturele verschillen die een zekere vorm van lijden bij de patiënt veroorzaken en waarop ze als arts geen vat hebben. Men geeft aan dat het niet evident is om dit naast zich neer te leggen. Gesprekken met collega's of met andere personen in de nabije omgeving zijn een belangrijke manier om hiermee om te gaan.

HA 3: "Ik vind het soms wel moeilijk omdat ik ook soms wel zie, ze hebben acht, negen kinderen en ge ziet wel dat die zorg toch niet optimaal is. En ja, dan heb ik dat daar soms wel moeilijk mee. Dat ge denkt, waarom moet er nu nog eentje komen? Ge hebt zeven kinderen, ge hebt een mooi groot gezin al. Allee, ik vind ook wel dat is hun cultuur, ik bedoel niet dat ze twee kinderen moeten hebben maar dat er dan zo een achtste en een negende nog, allee, dan denk ik zo wel, mmm (kijkt bedenkelijk)."

3.2.3 Hoe ver ga je als huisarts in aanklampende zorg bij gezinsplanning?

Ten slotte geeft de meerderheid van de geïnterviewde artsen aan dat ze het moeilijk vinden om dieper in te gaan op gezinsplanning of om proactief follow-up te voorzien wanneer patiënten zelf weinig prioriteit geven aan en interesse tonen in hun gezinsplanning en er met andere woorden 'niet mee bezig lijken te zijn'. Artsen zien het als een uitdaging om voor zichzelf te bepalen hoe ver ze hier in kunnen/mogen gaan.

HA 3: "Hoe ver moet ge daar dan in gaan want op den duur is dat dan, ik ga mij niet opdringen, terwijl dat dat toch wel zeker niet de bedoeling is. Ik vind het belangrijk dat ik het wel aan bod laat komen maar ja, ik vind het moeilijk om te zeggen: waar stopt het nu? En ja, dat is uiteindelijk hun beslissing. Als zij zeggen van neen, moet je daar dan toch nog wat verder op in gaan? Dat vind ik wel moeilijk."

3.3 Hulpmiddelen

3.3.1 Beeldmateriaal

Het voornaamste hulpmiddel tijdens het consult over gezinsplanning met patiënten met migratie-achtergrond is het gebruik van beeldmateriaal. Dit beeldmateriaal betreft zowel eigen tekeningen, demonstratiemodellen, figuren via internet en ondersteunende websites zoals zanzu.be. Beeldmateriaal is de handigste tool ter beschikking omdat men hiermee zowel een intellectuele barrière als een taalbarrière kan overwinnen.

3.3.2 Tolken

Om een taalbarrière te overwinnen maakt men ook gebruik gemaakt van tolken. Men benoemt zowel formele tolken als informele tolken, live aanwezig, via video of telefonisch. De voorkeuren voor elk van deze vormen van tolken zijn divers. Verschillende artsen merken echter op dat de mogelijkheid tot gebruik van tolken vaak onderbenut blijft om diverse redenen. Eerst en vooral blijkt er te weinig tijd ter beschikking om consulten met tolk te laten plaatsvinden, waardoor men niet altijd staat te springen om een tolk te gebruiken tijdens het consult. Ten tweede zijn er niet steeds tolken in de benodigde talen ter beschikking op het moment dat men de nood ervaart om een tolk in te schakelen. Ten slotte geven sommige artsen ook aan dat ze de organisatie van een tolkgesprek te omslachtig vinden en dit daarom liever vermijden. Bij informele tolken, die meekomen met de patiënt op de consultatie heeft men dan weer het probleem dat de privacy van de patiënt niet altijd gewaarborgd blijft en dat men weinig vat heeft op welke informatie er effectief vertaald wordt. Twee artsen halen ook de intercultureel bemiddelaar aan als brugfiguur in het consult met de anderstalige patiënt met migratie-achtergrond. De meerwaarde van deze samenwerking trekken ze echter in twijfel.

HA 8: "En dan ook gebruik te maken van de 101 tools he die er zijn. Gebruik die video tolk, dat is gratis voor iedereen. Gebruik die sites. Gebruik die foldertjes. Zeker rond gezinsplanning hebt ge zoveel. Dat is echt wel hét topic waar je veel hulpmiddelen rond hebt. En als je die gebruikt, dan kunt ge heel toffe dingen doen… Ik maak veel gebruik van de video tolk. Dat vind ik wel ongelooflijk. Dat kan uw taalbarrière quasi volledig wegnemen."

HA 2: "Ja, dan hoop ik dat ze het verstaan hebben of dan zeg ik van kijk, kom een keer met iemand die een beetje kan vertalen, tolken. Ze hebben hier bij het OCMW ook een paar tolken he. Maar dat is heel mooi in theorie tot dat ge ze nodig hebt. En dan moet ge afspraken maken en dan kan de patiënt niet en dan kan de tolk niet… Dat kan hoor, als het echt moet kan dat he. Maar het is niet eenvoudig om dat geregeld te krijgen, nee."

HA 8: "Natuurlijk als huisarts heel dikwijls bellen ze 's morgens en kunnen ze al twee à drie uur nadien bij u terecht he. Dat is de bedoeling. Dikwijls kunnen we inbellen en binnen de paar seconden hebben we een Arabische tolk. Maar het aantal tolken die permanentie doen zijn niet zo groot. Hoe meer tolken er permanentie doen hoe toffer voor ons als huisarts."

3.3.3 Zichzelf als voorbeeld nemen

Sommige artsen betrekken zichzelf als voorbeeld tijdens een gesprek over gezinsplanning met hun patiënten met migratie-achtergrond omdat ze dan het idee hebben dat patiënten hier dan ook sneller een voorbeeld aan gaan nemen.

HA 7: "Wat ik zelf eigenlijk gebruik soms is het eigen als voorbeeld geven. En soms helpt dat. Soms zeg ik: ik kan wel zes kinderen maken hoor. Maar ik heb er maar twee he. Ge moet kinderen goed kunnen opvoeden. Ge moet voor hen kunnen zorgen. Ge moet ook ja, het leven wordt maar duurder, zorgen dat ze later goed kunnen studeren. Soms gebruik ik dat wel. Ik denk wel dat ze dan luisteren."

3.3.4 Ervaringen uitwisselen met collega's

Twee artsen geven aan het meest van al te hebben aan het uitwisselen van ervaringen met andere huisartsen. Vooral bijscholingen en LOK's zouden zich lenen tot het delen van ervaringen met interculturele communicatie tijdens consulten met MEM-patiënten.

3.4 Voorstellen voor verbetering

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat ze zich voldoende opgeleid voelen in communicatie met patiënten en hieruit ook voldoende tools halen om zich te behelpen tijdens een consult met MEM-patiënten. Toch zijn er nog enkele voorstellen voor verbetering.

3.4.1 Meer kennis van 'culturen'

Om de huidige counseling rond gezinsplanning bij MEM te verbeteren geven enkele artsen aan dat ze momenteel kennis van verschillende culturen ontbreken. Ze zouden weinig notie hebben van de waardenschaal die specifiek gebonden is aan een bepaalde cultuur. Ze hebben het idee dat meer kennis van gewoonten en gebruiken in deze culturen kan leiden tot een beter begrip en meer inzicht in bepaalde keuzes van MEM-patiënten. Hierdoor zal het consult zelf ook vlotter verlopen.

HA 1: "Wat wel belangrijk is voor mij he, waar ik misschien ook wel lacunes heb soms, gelijk nu dingen van maandstonden, dat ik mij eigenlijk soms ook wel afvraag van ja, waarom is dat? Kennis die ik heb over andere culturen en hoe dat ze daarmee omgaan. Allee, ik heb misschien ook wel een aantal vooronderstellingen en ja, meestal probeer ik gewoon te luisteren naar wat de mensen zeggen en dan probeer ik het ook. Maar misschien zijn er een aantal dingen waar ik niet genoeg van weet? Ik noem nu maar iets: bijvoorbeeld besnijdenis bij vrouwen, dat soort dingen. In welke landen doen ze dat, waar doen ze dat niet? En ja, hoe kan ik dat ter sprake brengen? Ik noem nu maar iets he. En ja, zo zijn er misschien nog dingen he dat ik niet weet van andere culturen."

3.4.2 Andere hulpverleners inschakelen

Daarnaast zijn er ook meerdere voorstellen om externe hulpverlening in te schakelen die gezinsplanning mee in de aandacht brengt. Zo zijn thema-avonden met groepen vrouwen een mogelijkheid. De bedoeling is dat vrouwen onderling in deze groepen kunnen spreken over gezinsplanning door en aan elkaar uitleg geven, vragen stellen, vertalen voor elkaar en ideeën uitwisselen. Bovendien is het ook een meerwaarde dat verschillende culturen met elkaar in contact komen. De sociaal assistent is een geschikt persoon om dit te leiden. Een andere mogelijkheid ligt bij Kind en Gezin. Het kan namelijk nuttig zijn als dit een taak voor hen wordt en dat zij peilen naar gezinsplanning en anticonceptie benadrukken wanneer ze de eerste keer met ouders in contact komen na de geboorte van hun kind.

3.4.3 Bespreekbaarheid van gezinsplanning promoten bij patiënten

Een arts geeft aan dat wachtzaalpresentaties op tv-scherm van nut kunnen zijn om patiënten attent te maken op de bespreekbaarheid van gezinsplanning met de huisarts. Enkele artsen zouden graag meer investeren in demonstratiemateriaal en brochures in meerdere talen.

3.5 Evolutie

Bij het spreken over gezinsplanning met MEM geven alle artsen aan dat ze hierin een persoonlijke evolutie hebben doorgemaakt. Deze evolutie was vooral het gevolg van eigen ervaring met een gezin. Ze geven aan dat het hebben van kinderen een belangrijke factor is omdat patiënten daardoor meer vertrouwen hebben in jou als arts wanneer er over gezinsplanning gesproken wordt. Men voelt zich als arts meer zelfzeker omdat men als het ware zelf ervaringsdeskundige is. Een arts die zelf (nog) geen kinderen heeft geeft aan dat hij denkt dat hij hierover vlotter zal kunnen spreken wanneer hij zelf een gezin met kinderen heeft.

HA 1: "Ja, ik heb zelf kinderen, van alles meegemaakt, ook al methodes gebruikt, dus dat maakt het altijd gemakkelijker he. Allee, ge kunt meer aanvoelen hoe dat het is en dat maakt veel verschil denk ik. Dat voelen de mensen ook wel he, dat je zelf ook weet wat het is."

Evolutie is ook het gevolg van een langere ervaring als huisarts. Door zelf ouder te worden en door meer jaren als huisarts te werken, dwingt men bij patiënten meer gezag af en straalt men meer autoriteit uit, doordat men zelf ook rustiger wordt. Hoe verder in je carrière, hoe meer de communicatieve strategieën bijgeschaafd zijn en men scenario's kan voorspellen.

HA 2: "Eh positief denk ik jaja. Ik voel mij zekerder, meer op mijn gemak. Ik durf al eens iets meer zeggen. Eens dat ge wat ouder wordt voelt ge toch dat ge wat meer impact en wat meer gezag over uw patiënten krijgt. Dan als ge nog maar juist van school komt, dan is het vertrouwen nog niet altijd zo groot van de mensen he. Dus, naarmate dat ge ouder wordt voelt ge dat ge wat meer te zeggen krijgt, en wat meer autoriteit krijgt, dat ze ook al ne keer meer luisteren en minder in twijfel trekken."

Discussie

Initiatief in het consult

De geïnterviewde huisartsen vinden gezinsplanning bij MEM belangrijk. Alhoewel ze zichzelf als de geschikte figuur zien om dit met hun patiënten te bespreken zien ze wel een moeilijkheid in het integreren van dit onderwerp in hun consultvoering. De grootste moeilijkheid ontstaat doordat patiënten dit niet zelf als RFE brengen, en het dus in de ogen van de artsen niet belangrijk lijken te vinden. Daarom is er vaak weinig tijd om hier dieper op in te gaan. Ze merken ook dat het initiatief om met MEM-patiënten over gezinsplanning te spreken grotendeels van de artsen zelf komt. Tegelijk geven ze aan dat het initiatief voor dit gesprek idealiter van de patiënt zou komen. Uit de literatuur blijkt echter het omgekeerde: patiënten met migratie-achtergrond vinden dat het initiatief om over gezinsplanning en anticonceptie te spreken best van de arts komt. In eerder onderzoek geven vrouwelijke patiënten aan dat ze vinden dat de huisarts best zelf het initiatief kan nemen om het onderwerp bespreekbaar te maken in het kader van 'preventie'. Hiermee wordt bedoeld dat het goed is om vrouwen te informeren over anticonceptie voordat ze ongewenst zwanger worden (41, 42). Door als huisarts het onderwerp zelf aan te snijden zou eventuele schroom over het onderwerp ook weggenomen kunnen worden.

De meerderheid van de huisartsen in dit onderzoek gaf aan dat ze het moeilijk vinden om over dit onderwerp te beginnen en om dit te bespreken met MEM omwille van de sociale taboes die volgens hen rond gezinsplanning hangen. Belangrijk om op te merken is dat het hier gaat over de percepties van huisartsen over mogelijks aanwezige taboes. Men denkt dat het bespreken van gezinsplanning voor MEM taboe is. Dit is een veronderstelling waar huisartsen vanuit gaan en die niet altijd gestaafd wordt door exploratie van de concrete realiteit van de patiënt. Men weet dus niet of MEM-patiënten gezinsplanning effectief als een taboeonderwerp zien. Huisartsen nemen geen initiatief om over gezinsplanning te beginnen omdat ze hierbij zelf schroom voelen. Dit kan betekenen dat er aan de noden van MEM-patiënten met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg mogelijks niet voldaan wordt. Deze moeilijkheid bij het initiatief om over gezinsplanning met MEM te spreken wordt bevestigd in het onderzoek van Mengesha et al (32). Uit interviews met Australische zorgverleners blijkt namelijk dat het taboe rond seksualiteit en reproductie een belangrijke drempel tot een gesprek hierover betekent.

Vluchtelingen en recente migranten

Huisartsen ervaren dat vluchtelingen en recente migranten specifieke prioriteiten kennen na hun aankomst in België. Ze moeten zich namelijk eerst settelen, wat inhoudt dat ze bezig zijn met behuizing, Nederlandse les, het zoeken van werk, de school voor hun kinderen en de verantwoordelijkheden binnen de familie. Deze belasting maakt het volgens de artsen zeer moeilijk voor vluchtelingen en recente migranten om ook nog bezig te zijn met gezinsplanning en hiervoor actief professionele ondersteuning te zoeken. Dit resultaat stemt overeen met de bevindingen van O'Mahony en Donnelly (13) en McMichael en Gifford (14) die stellen dat de levensomstandigheden en context van recente migranten en vluchtelingen een duidelijke impact hebben op hun mogelijkheden om de weg te vinden naar en gebruik te maken van instellingen en informatie omtrent seksuele en reproductieve gezondheid. In dit onderzoek stellen de artsen dat gezinsplanning voor deze groep geen prioriteit is. Ze weten echter niet of dit klopt, aangezien ze dit nooit getoetst hebben. Daarnaast zijn er ook artsen die het omgekeerde beweren: namelijk dat gezinsplanning net door deze onzekere levensomstandigheden van vluchtelingen en recente migranten wel een prioriteit is voor hen. Mogelijks heeft minder frequente consultatie voor gezinsplanning door deze groep te maken met een onvertrouwdheid met het systeem of doordat er nog geen vertrouwensrelatie met de arts is. Een diepgaande gestandaardiseerde intake (met ook een aantal vragen over kinderwens, anticonceptie, enz.) bij nieuwkomers die voor het eerst op consultatie komen kan een strategie zijn om meer aandacht te vestigen op het belang van gezinsplanning. Hier kan interdisciplinair werken een opportuniteit zijn, met potentieel een belangrijke rol voor gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) om gezinsplanning onder de aandacht te brengen.

Invloed van partner en familie

Uit onderzoek blijkt dat de gezondheid en het welzijn van migranten sterk beïnvloed wordt door hun relatie met hun familie (19). Dit kan zowel een voordeel als een barrière betekenen op vlak van toegang tot zorg. In dit onderzoek kwamen genderrollen en de druk door familieleden naar voor als sterk bepalende factoren voor gezinsplanning en gebruik van anticonceptie. Vooral de partner en de schoonfamilie hebben volgens de geïnterviewde huisartsen een grote invloed op de keuzes van vrouwen met migratie-achtergrond. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen van Newbold en Willinsky (3) die stellen dat vrouwen met migratie-achtergrond weinig te zeggen hebben in keuzes met betrekking tot anticonceptie. Dit heeft natuurlijk gevolgen voor de vrouwen in kwestie, maar ook voor de arts. De betrokkenheid van de partner tijdens het consult kan het verschaffen van informatie en het empoweren van vrouwen om voor hun eigen wensen en prioriteiten op te komen tot een ware uitdaging maken. Op die manier wordt het moeilijk om deze vrouwen te spreken over hoe ze kunnen onderhandelen met hun partner over het gebruik van anticonceptie. Ook kan de aanwezigheid van de partner veel frustratie opleveren wanneer hij tolkt en er twijfel is of boodschappen correct vertaald worden. Ondanks dat deze genderrollen zeer beperkend kunnen zijn, wordt toch ook het belang benadrukt van het betrekken van de partner in beslissingen omtrent gezinsplanning. Uit de diepte-interviews met de huisartsen blijkt dat mannen vaak niet of in mindere mate bij het gebruik van anticonceptie betrokken zijn en vaak weinig kennis hebben hierover. Bovendien wordt aangehaald dat er een gebrek is aan (reversibele) anticonceptiemethoden voor mannen, waardoor anticonceptie verkeerdelijk als vrouwenaangelegenheid gezien kan worden (42). Deze dualiteit wordt ook benoemd door gezondheidswerkers in Australië in het onderzoek van Mengesha et al (26).

Culturele, sociale en demografische factoren

De huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek gaven aan dat de kennis van seksualiteit, voortplanting en anticonceptie en de mate waarin hiervoor een arts geconsulteerd wordt bepaald worden door verschillende individuele factoren die variëren bij elke MEM-patiënt. Deze individueel variërende factoren zijn onder andere leeftijd, duur van verblijf, SES en religie. Dit impliceert dat culturele en socio-demografische achtergrond steeds in beschouwing moeten genomen worden wanneer men family planning counseling en anticonceptiezorg voorziet aan MEM (26). Dit toont het belang aan van het kruispuntdenken. Hierbij gaat men de verschillende contextfactoren die mogelijks een invloed hebben op hoe een patiënt omgaat met gezinsplanning exploreren en er indien nodig rekening mee houden. Op die manier probeert men bewust een breder beeld te krijgen van de patiënt en kan men zich bewust worden van stereotypen die het eigen gedrag als huisarts kunnen beïnvloeden.

Omgaan met diversiteit

De geïnterviewde artsen worstelden met het begrip ‘culturele diversiteit’ en er werden heel wat verschillende suggesties gedaan over wie wel en niet tot MEM behoren. Ze benoemden een brede range aan karakteristieken van culturele diversiteit, waaronder religie, waarden en normen, taal, cultuur. Een opvallend gegeven is de cultuur-interpretatie door de artsen. Het valt namelijk op dat er veel percepties zijn die ontstaan zijn op basis van vooroordelen en stereotyperingen. Zo maken artsen heel wat veronderstellingen over hun MEM-patiënten op basis van hun fysieke verschijning en andere karakteristieken. Op basis van deze veronderstellingen trekken ze dan conclusies over geloof, overtuigingen of ervaringen van hun patiënten. Of ze gaan ervan uit dat mensen die deel uitmaken van een bepaalde culturele gemeenschap samenvallen met die gemeenschap. Alhoewel sommige artsen dergelijke ideeën en uitspraken wel kunnen nuanceren, zijn vele artsen zich niet bewust van hun vooroordelen en stereotype ideeën. Dit gegeven van culturele stereotypering wordt ook beschreven in de literatuur (29, 43).

Training in culturele competentie

Uit de literatuur blijkt dat er op dit moment weinig duidelijkheid bestaat over de definitie van culturele competentie. Er is tevens slechts beperkt bewijs van de effectiviteit van culturele competentie bij het verbeteren van gezondheidsuitkomsten bij MEM (29). In de diepte-interviews benoemen de huisartsen nooit de term 'culturele competentie', maar de meerderheid refereert wel onrechtstreeks naar enkele principes van dit concept wanneer er gesproken wordt over de praktische aanpak van consulten over gezinsplanning met MEM. Wanneer men de bevindingen uit de interviews samen legt met het model voor cultureel competente communicatie van Teal et al (36), dan blijkt dat huisartsen wel een idee hebben van wat cultureel competente communicatie betekent in theorie, maar op heel wat hindernissen botsen in de praktijk. Ze beschikken over een goed communicatief repertoire, zijn zich zeer sterk bewust van mogelijke cues bij de patiënt en zijn ook zeer zelfbewust over hun eigen waardenschaal en waar die mogelijks in conflict komt met deze van de patiënt. Het schoentje wringt echter bij het verder exploreren van opgemerkte verschillen. Momenteel voelen ze zich hierover eerder onzeker en gaan ze slechts in beperkte mate verder in op gepercipieerde moeilijkheden. Op dat punt blokkeert het consult en ontstaat er een afstand tussen arts en patiënt die voor hen momenteel niet of zeer moeilijk te overbruggen lijkt. Het lijkt dus nuttig om training te voorzien voor huisartsen in hoe verder te exploreren wanneer ze op culturele verschillen botsen en hoe ze hier mee om kunnen gaan in hun praktijkvoering en besliskunde.
Uiteraard is er eerst meer duidelijkheid nodig over de inhoud van culturele competentie en over de effectiviteit. Dit is een vereiste om culturele competentie te kunnen zien als een kader waarbinnen opleiding voor hulpverleners in seksuele en reproductieve gezondheidszorg bij MEM kan georganiseerd worden. Uit de interviews met de huisartsen blijkt dat training in het bespreken van family planning met MEM tijdens de universitaire opleiding tot arts en ook tijdens het beoefenen van het huisartsenberoep wel bestaat, maar zeker ruimte voor verbetering biedt. Ook het voorzien van training via LOK's en andere peer-sessions, zoals intervisies met moeilijke casussen omtrent gezinsplanning, lijkt nuttig. Hoe deze training idealiter georganiseerd kan worden is voer voor verder onderzoek.

Verbeterpunten volgens huisartsen

Als leerpunt voor zichzelf geven sommige huisartsen aan dat ze graag meer kennis van culturen zouden willen hebben. Hierbij geven ze aan dat ze bij sommige culturele groepen weinig achtergrondkennis hebben en daardoor minder inzicht hebben in achterliggende ideeën van patiënten. Ze hebben het idee dat meer kennis van gewoonten en gebruiken in deze culturen kan leiden tot een beter begrip en meer inzicht in bepaalde keuzes van MEM-patiënten. Volgens de literatuur zouden programma's voor culturele competentie de artsen moeten aanleren om enkele culturele kernpunten - waarover er mogelijks cross-culturele misverstanden zouden kunnen optreden - in kaart te brengen voor elke individuele patiënt, eerder dan te focussen op de groepen waarvan patiënten deel uitmaken. Wanneer men focust op karakteristieken van culturele groepen kan dit zelfs een averechts effect hebben en artsen net meer stimuleren om terug te vallen op stereotypen als basis voor hun "cultureel gepaste" interactie met diverse patiënten. Het deel van de training dat handelt over kennis zou net moeten focussen op het bewustzijn van stereotyperingen, wat een normaal proces is, maar waartegen men beter strategieën leert te ontwikkelen (36).
Wat tot slot opvalt in de interviews, is dat slechts weinig huisartsen de positieve punten benoemen en de opportuniteiten zien die migratie en contact met MEM-patiënten met zich meebrengen.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Bij het rekruteren van de deelnemers werden huisartsen persoonlijk aangesproken met de vraag om deel te nemen aan een onderzoek. Hierbij zocht de onderzoeker specifiek naar een evenwicht in geslacht, leeftijd en type praktijk van de huisartsen. Er werd gekozen voor stedelijk werkzame artsen, omdat zij geconfronteerd worden met de grootste concentraties aan MEM. Uiteraard zullen ook meer landelijk werkzame huisartsen een (beperkter) aandeel MEM in hun populatie hebben, met specifieke

uitdagingen. Zij werden echter niet betrokken in dit onderzoek. Aangezien dit een masterproef is was er de noodzaak om binnen een bepaald time frame te werken. Er was dus slechts beperkte tijd om artsen te rekruteren. De deelnemers waren huisartsen die bereid waren om tijd op te offeren voor een interview. Dit kan mogelijks leiden tot een selectie van participanten die al een specifieke interesse in het onderzoeksonderwerp hadden. Al deze genoemde elementen kunnen mogelijks leiden tot een selectie bias.

Besluit

Huisartsen vinden family planning een belangrijk onderdeel van hun takenpakket, maar botsen op enkele barrières tijdens het consult. De voornaamste moeilijkheid wordt gevormd doordat MEM-patiënten gezinsplanning niet als RFE brengen en huisartsen er zelf over moeten beginnen. Huisartsen gaan ervan uit dat MEM minder over gezinsplanning spreken met artsen omdat dit onderwerp voor hen taboe is. Deze perceptie over mogelijks aanwezige taboes is echter een veronderstelling die niet altijd gestaafd is door exploratie van de concrete realiteit van de patiënt. Het is onduidelijk in welke mate deze percepties overeenstemmen met wat MEM-patiënten hierover denken. Triangulatie zou hier dus interessant zijn.

Terwijl problemen met seksuele en reproductieve gezondheid zich op individueel niveau manifesteren, gebeurt het zoeken en gebruiken van zorg en behandeling in interactie met de familie, waarbij de mannelijke partner een belangrijke rol speelt. Om die reden lijkt het informeren van de mannelijke partners door de huisarts interessant. De huisarts zou op deze wijze kunnen overwegen om in plaats van de vrouw alleen het koppel samen te zien en de mannelijke partner te betrekken in het anticonceptiegesprek. Anderzijds moet de huisarts alert zijn op problemen binnen het koppel en in sommige gevallen de vrouw alleen zien. Tevens zou kwalitatief onderzoek bij mannelijke patiënten meer informatie kunnen opleveren over hun ideeën rond gezinsplanning door de huisarts.

Op dit moment passen huisartsen tijdens hun consulten over gezinsplanning met MEM enkele elementen toe van het CCC-model en beschikken ze ook over een aantal vaardigheden die dit model naar voor draagt. Zo beschikken ze over een goed communicatief repertoire en zijn ze zich zeer sterk bewust van mogelijke cues bij de patiënt. Ze zijn zich echter slechts beperkt zelfbewust van hun eigen vooroordelen en stereotyperingen. Er zijn veel veronderstellingen tijdens consulten over gezinsplanning met MEM die niet altijd gestaafd worden door exploratie van de concrete realiteit van de patiënt. Zo gaat men ervan uit dat gezinsplanning voor MEM taboe is, dat gezinsplanning vooral een mannenzaak is, dat de familie een grote invloed heeft, dat migrantenvrouwen onderling meer over gezinsplanning spreken dan autochtone vrouwen, enz. Vaak durven huisartsen deze zaken niet openlijk te gaan bevragen. Het schoentje wringt dus bij het verder exploreren van opgemerkte verschillen. Momenteel voelen ze zich hierover eerder onzeker en gaan ze slechts in beperkte mate verder in op gepercipieerde moeilijkheden. Hierdoor ontstaan er soms gevoelens van machteloosheid en frustratie. Dit kan een verder engagement in het consult over gezinsplanning bij MEM-patiënten verhinderen. Meer onderzoek naar de inhoud van culturele competentie zou een interessant onderwerp zijn voor aanvullend onderzoek. Ook zou het interessant zijn om meer zich te hebben op hoe universiteiten en andere professionele opleidingen nu onderwijs geven over seksuele en reproductieve gezondheid(zorg) bij MEM. Hoe de huisarts te trainen in culturele competentie is op dit moment nog onontgonnen terrein en zou een mooi perspectief kunnen bieden voor huisartsen met een aandeel MEM in hun patiëntenpopulatie.

Referenties

1. WHO. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA; 2010.
2. van den Akker AC. Barrières en opportuniteiten voor de huisarts in anticonceptiezorg bij patiënten met een migratie-achtergrond [Masterproef - Master in de Huisartsgeneeskunde]. Gent: Universiteit Gent; 2016.
3. Newbold KB, Willinsky J. Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. Cult Health Sex. 2009;11(4):369-82.
4. Family planning/Anticonception Fact sheet [updated Reviewed February 2018. Internet site WHO]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/.
5. Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken BHeO, Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking DGOS. Beleidsnota De Belgische Ontwikkelingssamenwerking op het gebied van Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten: Jan Grauls; 2007 [Available from: https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/beleidsnota_seksuele_reproductieve_gezondheid.pdf.
6. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2011;183(12):E824-925.
7. Helstrom L, Zatterstrom C, Odlind V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2006;19(3):209-13.
8. Helstrom L, Odlind V, Zatterstrom C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scand J Public Health. 2003;31(6):405-10.
9. Wiebe E. Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2013;59(10):e451-5.
10. Rademakers J, Mouthaan I, de Neef M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2005;10(4):207-11.
11. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascon ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reproductive health. 2015;12:79.
12. Wilson EK. Differences in contraceptive use across generations of migration among women of Mexican origin. Maternal and child health journal. 2009;13(5):641-51.
13. O'Mahony JM, Donnelly TT. Health care providers' perspective of the gender influences on immigrant women's mental health care experiences. Issues in mental health nursing. 2007;28(10):1171-88.
14. McMichael C, Gifford S. “It is Good to Know Now…Before it’s Too Late”: Promoting Sexual Health Literacy Amongst Resettled Young People With Refugee Backgrounds. Sexuality & Culture. 2009;13(4):218.
15. Pratt R, Stephenson J, Mann S. What influences contraceptive behaviour in women who experience unintended pregnancy? A systematic review of qualitative research. J Obstet Gynaecol. 2014;34(8):693-9.
16. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013;12:18.
17. Belfield T. Principles of contraceptive care: choice, acceptability and access. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(2):177-85.
18. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. International journal of behavioral medicine. 2017;24(6):836-45.
19. Guruge S, Khanlou N. Intersectionalities of influence: Researching the health of immigrant and refugee women. Canadian Journal of Nursing Research. 2004;36(3):32-47.
20. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(4):659-73.
21. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. Contraception. 2013;88(2):250-6.
22. Stanback J, Steiner M, Dorflinger L, Solo J, Cates W, Jr. WHO Tiered-Effectiveness Counseling Is Rights-Based Family Planning. Glob Health Sci Pract. 2015;3(3):352-7.
23. Thorburn S, Bogart LM. African American women and family planning services: perceptions of discrimination. Women Health. 2005;42(1):23-39.
24. Dehlendorf C, Ruskin R, Grumbach K, Vittinghoff E, Bibbins-Domingo K, Schillinger D, et al. Recommendations for intrauterine contraception: a randomized trial of the effects of patients' race/ethnicity and socioeconomic status. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(4):319 e1-8.

25. Rogers C, Earnest J. A cross-generational study of contraception and reproductive health among Sudanese and Eritrean women in Brisbane, Australia. Health care for women international. 2014;35(3):334-56.
26. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. PloS one. 2017;12(7):e0181421.
27. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2003;53(492):541-6.
28. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Challenges in the Provision of Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Q Methodological Study of Health Professional Perspectives. J Immigr Minor Health. 2018;20(2):307-16.
29. Botfield JR, Newman CE, Zwi AB. Drawing them in: professional perspectives on the complexities of engaging 'culturally diverse' young people with sexual and reproductive health promotion and care in Sydney, Australia. Cult Health Sex. 2017;19(4):438-52.
30. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public health reports (Washington, DC : 1974). 2003;118(4):293-302.
31. McKeary M, Newbold B. Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. Journal of Refugee Studies. 2010;23(4):523-45.
32. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Preparedness of Health Care Professionals for Delivering Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Mixed Methods Study. International journal of environmental research and public health. 2018;15(1).
33. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. Health affairs (Project Hope). 2005;24(2):499-505.
34. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2006;81(6):499-501.
35. Bombeke K, Symons L, Vermeire E, Debaene L, Schol S, De Winter B, et al. Patient-centredness from education to practice: the 'lived' impact of communication skills training. Medical teacher. 2012;34(5):e338-48.
36. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. Social science & medicine (1982). 2009;68(3):533-43.
37. Shapiro J, Hollingshead J, Morrison EH. Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. Medical education. 2002;36(8):749-59.
38. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. Medical education. 2009;43(3):229-37.
39. Powell Sears K. Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. Medical education. 2012;46(6):545-51.
40. Kleinman A. The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books. New York: Basic Books.; 1988.
41. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and The Netherlands. BMC public health. 2014;14:416.
42. van den Akker AC, Decat P. Anticonceptie bij patiënten met een migratieachtergrond: hoe kan de huisarts de therapietrouw verbeteren? Huisarts Nu. 2017;46(6):274-7.
43. Hach M. Common threads: the sexual and reproductive health experiences of immigrant and refugee women in Australia: Multicultural Centre for Women's Health; 2012.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

8.	GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Inleiding: Wat is het probleem? Stand van zaken? Ontbrekende kennis?

Family planning is een zeer belangrijk thema in een samenleving die steeds diverser wordt. Het gebruik van anticonceptie in ons land blijkt lager te zijn in groepen met een lage socio-economische status en bij etnische minderheden. Daarbij zouden deze twee determinanten aanleiding geven tot een eerder ineffectief anticonceptiegebruik en meer ongeplande zwangerschappen. Dit gegeven valt op in Wijkgezondheidscentrum (WGC) De Sleep, waar een groot deel van de populatie de Belgische nationaliteit niet bezit. Ik heb gemerkt dat er niet veel vrouwen op consultatie komen in de praktijk met een expliciete vraag naar anticonceptie. Wel kwam ik in aanraking met ongeplande zwangerschappen bij vrouwen die geen anticonceptie gebruikten. Het onderwerp family planning leek moeilijk bespreekbaar met mijn patiënten. Ik vroeg mij vervolgens af hoe dit kwam en hoe ik als huisarts een belangrijkere rol zou kunnen spelen in de reproductieve gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden (MEM).

Onderzoek toont aan dat de huisarts een sleutelrol kan spelen binnen family planning counseling bij MEM. De meeste barrières voor een kwalitatieve reproductieve gezondheidszorg door de huisarts bij MEM zijn ondertussen min of meer gekend. De belangrijkste barrière is het taal- en cultuurverschil tussen patiënt en huisarts. In de praktijk blijkt het echter moeilijk om dit aan te pakken, juist omdat dit een gegeven is dat door vele factoren wordt beïnvloed. Om die reden ligt er nog een groot potentieel open in family planning counseling bij MEM door de huisarts. Om de reproductieve gezondheidszorg voor MEM zo goed mogelijk te organiseren zou de huisarts best cultuursensitief te werk gaan. Dit houdt in dat de huisarts te allen tijde rekening houdt met etnische en culturele diversiteit. Cultuursensitieve zorg zou idealiter een basishouding moeten zijn van de arts die kan worden aangeleerd. Dit blijkt een grote uitdaging, des te meer omdat er veel verschillende ideeën heersen over dé cultuursensitieve zorg. Daarnaast is tot nu toe slechts weinig onderzoek gevoerd naar ervaringen en percepties van huisartsen over family planning counseling bij MEM.

Onderzoeksvraag:

Inzicht in percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij migranten en etnische minderheden (MEM).

- Welke aanbevelingen/modellen om cultuursensitieve zorg toe te passen op family planning counseling bestaan er al?
- Hoe voeren huisartsen nu family planning counseling uit bij MEM?
- Wat zijn hun ervaringen, percepties, drempels over dit thema? Wat is volgens hen een goede manier om aan cultuursensitieve family planning counseling te doen?
- In hoeverre beantwoordt de huidige family planning counseling door huisartsen bij MEM aan mogelijke bestaande aanbevelingen voor cultuursensitieve family planning counseling?

Methode:

1. Literatuuronderzoek
2. Kwalitatief onderzoek: diepte-interviews met huisartsen
    - Voorafgaand 3-4 piloting interviews (=oefeninterviews, om de interviewtechniek op punt te stellen)
    - Een aantal van 12-20 interviews, tot saturatie bereikt is
    - Zie topiclijst van de interviews in bijlage

Verwachte resultaten:

Inzicht in hoe de communicatie rond family planning en anticonceptie met MEM patiënten verloopt vanuit het perspectief van de huisarts.

Welke winst levert het project op? Voor wie?

Om de seksuele en reproductieve rechten van patiënten met een migratie-achtergrond te waarborgen en gendergelijkheid te bevorderen, is family planning een cruciaal thema. Ook financieel gezien is family planning een interessant thema voor de maatschappij, omdat een beter anticonceptiegebruik zou kunnen leiden tot minder ongeplande zwangerschappen en abortussen en zodoende leidt tot minder kosten in de gezondheidszorg. Het zorgt tevens voor meer school- en werkparticipatie, waardoor vrouwen economisch gezien meer kunnen bijdragen aan de maatschappij. De huisarts speelt hierin als hulpverlener in de eerstelijnszorg een sleutelrol.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM: 27/02/2017
NAAM: DORIEN VANDEN BOSSCHE
HANDTEKENING:

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM: 27/02/2017
NAAM: FIEN MERTENS
HANDTEKENING:

Dr. Fien Mertens
1-47055-94-004
Désiré Fiévéstraat 31
9000 Gent
Tel. 09/223.29...

PROMOTOR
DATUM:21-02-2017
NAAM: DR. STÉPHANIE DE MAESSCHALCK
HANDTEKENING:

CO-PROMOTOR
DATUM: 27/02/2017
NAAM: Ines Keygnaert
HANDTEKENING:

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)
DATUM: 21/02/2017
NAAM: PROF. DR. JAN DE MAESENEER
HANDTEKENING:

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

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**
	2017/0361	11-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Perceptie en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij migranten en etnische minderheden (MEM) - (MAnaMA Dorien Vanden Bossche)
Belgisch Registratienummer: B670201731985
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier(versie 1) dd. 27/02/2017 (volledig ontvangen dd. 14/03/2017) + Aanpassingen ontvangen dd. 28/03/2017
Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 24/03/2017
* Antwoord onderzoekers: via mail dd. 28/03/2017 op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Begeleidende brief (bij het antwoord) dd. 28/03/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 24/03/2017
voor de huisarts (versie 2)
* Topiclijst van de interviews (versie 2) dd. 24/03/2017

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 5/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/04/2018, 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 5/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/04/2018, 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 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

- *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)*

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**
	2017/0361	11-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0361

- *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

Bijlage 3: Informatiebrief

UNIVERSITEIT GENT

Informatie voor de deelnemer

Project
Percepties en ervaringen van huisartsen met betrekking tot cultuursensitieve counseling rond family planning en anticonceptie bij migranten en etnische minderheden (MEM).

Onderzoeker (Haio): Dorien Vanden Bossche
Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck
Co-promotor: Dr. Ines Keygnaert

Beschrijving en doel van het project
Beste Huisarts,

In het kader van mijn Master na Master opleiding in de Huisartsgeneeskunde voer ik een onderzoek uit naar family planning counseling door de huisarts bij migranten en etnische minderheden (MEM). Family planning is een zeer belangrijk thema in een samenleving die steeds diverser wordt. Het gebruik van anticonceptie in ons land blijkt lager te zijn in groepen met een lage socio-economische status en bij etnische minderheden. Onderzoek toont aan dat de huisarts een sleutelrol kan spelen binnen family planning counseling bij MEM. De meeste barrières voor een kwalitatieve reproductieve gezondheidszorg door de huisarts bij MEM zijn ondertussen min of meer gekend. Het overgrote deel van de onderzoeken hieromtrent bekijken het perspectief van de patiënt. Er bestaat echter weinig tot geen onderzoek naar ervaringen en percepties van huisartsen over family planning counseling bij MEM.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een interview. Dit zal ongeveer een uur van uw tijd in beslag nemen.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Stéphanie De Maesschalck.

Toestemming en weigering
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren aan het interview deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.
Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot inzicht in hoe de communicatie rond family planning en anticonceptie met MEM patiënten verloopt vanuit het perspectief van de huisarts.

Kosten
Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering
De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Bijlage 4: Informed consent

UNIVERSITEIT GENT

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan anderen bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
Ik begrijp dat geluidsmateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker: Dorien Vanden Bossche	Naam deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 5: Interview guide

SOCIODEMOGRAFISCHE GEGEVENS

- Leeftijd:
- Geslacht:
- Type praktijk:
- Aantal jaren ervaring als huisarts:
- Hoe lang al ervaring met migranten (deel van patiënten)?
- Hoeveel procent van je consulten per maand is met migranten (in het voorbije jaar)?

INTERVIEW GUIDE

1. Open vraag stellen:
   - Hoe pak je consulten over gezinsplanning aan bij je patiënten? Vertel eens over uw ervaringen met gezinsplanning bij je patiënten? (Dit mag via concrete casussen.) Op welke manier komt gezinsplanning bij u aan bod?
   - Is dit verschillend bij migranten? Zo ja, in welke opzichten is dit verschillend? Zo nee, kan je daar wat meer over vertellen? Geef eens een voorbeeld?
   - Zijn er groepen (binnen migranten) met wie je dit thema moeilijker bespreekbaar vindt? Aan wat ligt dat?

2. Een voorbeeld vragen:

   2.a. Kan je een voorbeeld geven van een **positieve ervaring** bij een consult over gezinsplanning bij migranten?
   - Wat maakte dit voor jou positief? Welke factoren spelen hier volgens jou mee?
   - Hoe ervaarde de patiënt dit, volgens jou? Waaraan zag je dat/hoe merkte je dat?
   - Wat doet dit met jou als huisarts? Wat vind je gemakkelijk/moeilijk?
   - Hoe ga je hiermee om?
   - Hoe pak je dit concreet aan?

   2.b. Kan je een voorbeeld geven van een **negatieve ervaring** bij een consult over gezinsplanning bij migranten?
   - Wat maakte dit voor jou negatief? Welke factoren spelen hier volgens jou mee?
   - Wat doet dit met jou als huisarts? Wat vind je moeilijk en waarom?
   - Hoe ga je hiermee om?
   - Hoe pak je dit concreet aan?

3. Zie je bij jezelf een **evolutie** in het omgaan met gezinsplanning bij migranten patiënten?
   - In positieve of in negatieve zin?
   - Wat heeft je doen evolueren?
   - Wat helpt je als huisarts?
   - Wat zou je anders/beter willen doen/kunnen? Hoe zou dat dan concreet gaan?
     - Wat zou je anders doen?
     - Wat zou je nodig hebben om het beter te kunnen doen?
     - Welke ondersteuning zou je nodig hebben?

4. Hoe wordt dit bij jou in de **praktijk georganiseerd**?
   - Welke gezondheidswerkers of -diensten spelen hierin een rol?

- Wie brengt dit onderwerp ter sprake? Van wie komt het initiatief om dit te bespreken? Wanneer?

5. Wat zijn voor jou **drempels** die praten rond gezinsplanning bemoeilijken?
   - Welke determinanten spelen een rol?
     (vb. gender van de patiënt, gender van de arts, schaamte van de patiënt, schaamte van de arts, tijd beschikbaar voor consultatie, omkadering, taal,…)

6. De **droomvraag**:
   Stel, je wordt morgen wakker in een ideale wereld, en in die ideale wereld, waarin alles loopt zoals jij het zou willen, komt een vrouw/man met migratie-achtergrond op consultatie om te spreken over gezinsplanning. Hoe zou een ideale consultatie er dan uit zien?
   [Te bespreken: als geïnterviewde een man is: polsen of er verschil is als patiënt man of vrouw is; en vice versa als geïnterviewde een vrouw is.]

7. Welke **2-3 tips**, die van nut kunnen zijn bij het spreken over gezinsplanning met migranten, zou je kunnen geven aan Haio's?

8. Eigen casus:
   Voorbeeld: een Afghaanse vrouw komt op consultatie, samen met haar echtgenoot, om te komen spreken over hun zwangerschapswens. Ze hebben reeds een dochter van 18 maanden. De eerste zwangerschap verliep vlot. Bij navragen blijkt dat de jonge vrouw nog niet toe is aan haar tweede zwangerschap. Ze voelt zich namelijk nog zeer vermoeid; het huishouden en de zorg voor haar dochtertje vragen veel van haar. Voor haar echtgenoot is een tweede kind zeker welkom, maar het hoeft niet onmiddellijk. De familie van de echtgenoot zet hen echter onder druk om snel zwanger te worden, want ze zouden graag een kleinzoon willen.
   - Welke factoren spelen hier volgens jou mee? Welke elementen bepalen volgens jou de beslissingen van dit koppel/de vrouw/de man?
   - Wat doet dit met jou als huisarts? Hoe ervaar je deze situatie?
   - Hoe ga je hiermee om als huisarts?
   - Hoe pak je dit concreet aan?
   - Waar vind jij informatie over family planning?
   - Met wie bespreek je moeilijke situaties?

9. Beïnvloedende factoren die bij voorgaande punten aangehaald zullen worden:

