Hoe denken vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine in WGC Botermarkt over anticonceptie?

Een voorbereidende studie ter ondersteuning van het Tuppercare project in WGC botermarkt.

Marlies Cool – Universiteit Gent

Promotor: Prof. Olivier Degomme - Universiteit Gent, ICRH
Co-promotor: Dr. Kathleen Keppens – Universiteit Gent, vakgroep huisartsgeneeskunde.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2014-2015

I. Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar iedereen die mij bijgestaan heeft met raad en daad tijdens mijn onderzoek en tijdens de uitwerking van deze masterproef.

Mijn promotor, Prof. Dr. Olivier Degomme en co-promotor Dr. Kathleen keppens, voor de hulp bij het opstarten van deze studie, het inhoudelijk meedenken, het kritisch analyseren van de resultaten en het vooropstellen van strakke deadlines.

Mijn praktijkopleiders, Dr. Els Vandedrinck Els en Dr. Stephanie Vandenbraembusche , voor de aanmoedigingen en het nalezen.

Grote dank ook aan Tom Durinck, IT medewerker van WGC Botermarkt voor de hulp in het analyseren van de elektronisch medische dossiers.

Bedankt aan Mieke De Roo, gezondheidspromotor van WGC Botermarkt, en de andere collega's die mee hielpen om het Tuppercare-Project van start te kunnen laten gaan.

Bedankt aan de collega's artsen en verpleging om mee te werken aan het rekruteren van deelnemers voor de interviews.

Bedankt aan Eva Vandermeulen en Martin Van Kerrebroeck voor de nuttige tips in het herschrijven van bepaalde zinnen en voor het nalezen van deze masterproef.

Verder gaat mijn dank uit naar mijn ouders die steeds in mij geloofden en mij de mogelijkheid gaven verder te studeren. Papa, ik hoop dat dit je dit van hierboven nog kan meelezen, ik heb je toen je nog leefde hiervoor te weinig bedankt.

Tenslotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de steun, het begrip en het geduldig wachten tot deze drukke periode voor mij over is, in het bijzonder ook mijn vriend Daan en onze kinderen Tuur en Sam die hun partner/mama hierdoor geregeld moesten missen.

Zonder al deze mensen had ik mijn masterproef nooit tot een goed einde kunnen brengen, waarvoor mijn oprechte dank.

II. Abstract

Hoe denken vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine in WGC Botermarkt over anticonceptie?

Haio: Marlies COOL

Promotor: Prof dr. Olivier DEGOMME

Co-promotor: dr. Kathleen KEPPENS

Praktijkopleider: dr. Els VANDEDRINCK

Context: Het wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Ledeberg probeert voldoende aandacht aan preventie te besteden. Er wordt vastgesteld dat de artsen Intra Europese Migranten rond dit thema alleen bereiken in crisissituaties, zodat het moeilijk is om preventief te werken. Er werd binnen het WGC een 'Tuppercare' project over voorlichting bij Intra Europese Migranten opgestart. 'Tuppercare' is een soort 'Tupperware'- avond, waarbij een vrouw vriendinnen bij haar thuis uitnodigt om samen met een gezondheidsmedewerker te spreken over een bepaald onderwerp, zoals het gebruik van anticonceptie.

Onderzoeksvraag: Vooraleer we van start gaan met het Tuppercare-project, wil Ik graag weten of het effectief zo is dat vrouwen van Oost-Europese origine minder gebruik maken van anticonceptie en wat de mogelijke redenen hiervoor zijn. Zijn er bepaalde kenmerken van deze doelgroep die ervoor zorgen dat deze groep minder toegang heeft tot anticonceptie? Zien we vergelijkbare trends binnen WGC Botermarkt? Verder wil ik graag aan de hand van interviews met vrouwelijke patiënten uit onze praktijk achterhalen of zij nog nieuwe belemmerende factoren aanbrengen. Geven zij, naast gekende factoren ook redenen aan die voor ons nieuw zijn, waar wij in het verleden nog nooit rekening mee gehouden hebben?

Methode: Deze studie bestaat uit een literatuuronderzoek, een korte dossierstudie (met de elektronisch medische dossiers uit WGC Botermarkt) en een kwalitatief onderzoek. Voor dit kwalitatief onderzoek werden in de periode van mei 2014 tot en met februari 2015, 14 semi-gestructureerde interviews afgenomen bij vrouwelijke patiënten tussen 18 en 49 jaar oud, van Oost-Europese origine. De analyse van de kwalitatieve gegevens werd gedaan met behulp van Nvivo.

Resultaten: In Oost-Europese landen wordt minder frequent anticonceptie gebruikt en worden een hoger aantal abortussen uitgevoerd, in vergelijking met België. Deze trend wordt ook opgemerkt bij vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine in WGC Botermarkt. Tijdens de interviews geven de vrouwen vooral aan angst te hebben voor schadelijke effecten van contraceptiva, en dan vooral bij de methoden die amenorroe uitlokken. Enkelen ondervinden nog steeds een taboe op dit onderwerp. Velen geven aan te weinig na te denken over geboorteregeling met ongewenste zwangerschappen tot gevolg. Abortus wordt zoveel mogelijk vermeden. Alle vrouwen wensten meer informatie te krijgen over de verschillende anticonceptiemethoden.

Conclusies: Vrouwelijke patiënten uit WGC Botermarkt maken minder frequent gebruik van anticonceptie. De kwetsbaarste groep zijn vrouwen die pas gemigreerd zijn. Mogelijke oorzaken hiervoor kunnen zijn: gewoontes in het land van herkomst (met betrekking tot wetgeving, sociale normen en verwachtingen ten opzichte van seksualiteit, mythes over schadelijke effecten contraceptie). Ook migratie op zich speelt een rol. Mensen met Roma-afkomst en vrouwen zonder verblijfsdocumenten ondervinden specifieke obstakels in de toegang tot gezondheidszorg en anticonceptie. Zelf geven ze aan vooral angst te hebben voor de schadelijke effecten van anticonceptie, ook het veranderen of wegvallen van de menstruatie wordt als zeer schadelijk ervaren.

E-mail: coolmarlies@hotmail.com

III. Inhoud

I. Dankwoord 3

II. Abstract 4

IV. Inleiding 8

A. Keuze van het onderwerp 8

B. Tuppercare project 9

V. Onderzoeksvraag en doelstelling 11

VI. Opbouw van de scriptie 12

VII. Resultaten 13

A. Literatuurstudie: 13

1. Zoekmethode: 13

2. Cijfers 14

3. Factoren die het gebruik van anticonceptie bij IEM kunnen beïnvloeden. 16

B. Dossierstudie: Cijfers uit WGC Botermarkt: 22

C. Kwalitatieve studie 24

1. Keuze van onderzoeksmethode 24

2. Afbakenen van doelgroep 24

3. Rekrutering van patiënten 25

4. Procedure van semigestructureerde interviews 25

5. Verwerken van de gegevens 26

6. Resultaten 27

VIII. Discussie 36

A. Cijfers bevestigen vermoedens 36

B. Welke beïnvloedende factoren op het gebruik van anticonceptie bij deze doelgroep werden reeds beschreven? 36

1. De meest voorkomende beïnvloedende factoren in het land van herkomst. 36

2. Migratie op zich is reeds een beïnvloedende factor. 37

3. Roma-afkomst 37

C. Komen uit het kwalitatief onderzoek nog nieuwe redenen naar boven? 38

D. Beperkingen van de studie 39

1. Selectie bias 39

2. Interviewer bias 40

3. Data bias: 41

IX. Besluit en adviezen voor het Tuppercare project 42
A. Conclusies van het onderzoek 42
B. Adviezen voor het Tuppercare project 43
X. Referenties 44
XI. Bijlagen 46
A. TOPOI model (2) 46
B. Tabel cijfers VN rapport (4) 48
C. Cijfers cliënten abortuscentra (5) 49
D. Tabel cijfers WGC botermarkt 50
E. Socio-demografische gegevens deelnemers interviews 51
F. Protocol van de studie, goedgekeurd door het Ethisch Comité 52
G. Informed consent 54
H. Informatiebrief deelnemers 55
I. Topiclijst interview 57

IV. Inleiding

A. Keuze van het onderwerp

Toen ik als HAIO startte in het WGC (wijkgezondheidscentrum) Botermarkt in Ledeberg, viel het mij op dat frequent vrouwen kwamen consulteren die in hun voorgeschiedenis al veel abortussen hadden laten uitvoeren. Veelal waren dit vrouwen van een andere origine, vaak afkomstig uit Oost-Europese landen. Dikwijls merkte ik ook op dat patiënten die reeds vele abortussen ondergaan hadden, nog steeds geen anticonceptie gebruikten. Ik constateerde dat sommige vrouwen hiervoor een reden aangaven die voor mij moeilijk te vatten was. Zo vertelde een vrouw me dat ze geen anticonceptie nam omdat ze graag zwanger wilde worden. Ze had op dit moment geen kinderwens, maar ze wilde weten of ze vruchtbaar was. Eens ze zwanger zou zijn, zou ze een abortus laten uitvoeren, en dan was ze in haar beleving gerust dat ze zeker vruchtbaar was. Ik vroeg me af of er soms (voor mij nog onbekende) cultureel gebonden redenen waren waarom vrouwen zonder kinderwens, er toch voor kiezen om geen anticonceptie te gebruiken.

Binnen het WGC Botermarkt is in 2013 een werkgroep rond seksuele gezondheid van start gegaan. Er wordt onder meer vastgesteld dat de artsen IEM (Intra Europese Migranten) rond dit thema alleen bereiken in crisissituaties, zodat het moeilijk is om preventief te werken. Dit signaal wordt gedeeld door de andere WGC's, maar alleen vanuit WGC Botermarkt zal hiermee op dit moment concreet aan de slag gegaan worden. De integratiedienst van de stad Gent plande reeds een actie rond gezinsplanning bij deze doelgroep en sloot vanuit dit kader aan bij het project. Er werd samengewerkt met de integratiedienst om een 'Tuppercare' project over voorlichting bij IEM op te starten. 'Tuppercare' is een soort 'Tupperware'-avond, waarbij een vrouw vriendinnen bij haar thuis uitnodigt om samen met een gezondheidsmedewerker te spreken over een bepaald onderwerp, in ons geval over het gebruik van anticonceptie. Deze methode zou in de Oost-Europese landen vaak gebruikt worden om de bevolking te informeren over het gebruik van anticonceptie. Deze methode wordt gebruikt om een doelgroep te bereiken die via het normale gezondheidszorgsysteem niet wordt bereikt als het gaat over preventieve thema's zoals anticonceptie. Tevens zou deze methode een grotere impact kunnen hebben omdat ook het netwerk geïnformeerd wordt, gezien deze dikwijls een belangrijke invloed kan hebben in de beslissing om al dan niet anticonceptie te gaan gebruiken.

Vooraleer we van start gaan met dit project is het belangrijk te weten of het effectief zo is dat vrouwen van Oost-Europese origine minder gebruik maken van anticonceptie. En of het effectief zo is dat een Tuppercare project bij deze doelgroep een goede methodologie zou kunnen zijn om voorlichting te geven over anticonceptie? Opdat we onze vorm van voorlichting zouden kunnen afstemmen op het doelpubliek, is het ook nodig om te weten waarom bepaalde vrouwen er voor kiezen om geen anticonceptie te gebruiken, of hiervoor cultureel gebonden redenen voor zijn waar wij op dit moment nog geen weet van hebben.

B. Tuppercare project

Binnen WGC Botermarkt merken we dat bepaalde doelgroepen niet altijd bereikt worden met algemene preventieve campagnes. Vaak herkennen mensen er zich niet in of begrijpen ze de boodschappen niet. In samenwerking met de integratiedienst van de stad Gent en Artevelde Hogeschool kwamen we op het idee om zorgverleners op pad te sturen om bij moeilijk bereikbare doelgroepen thuis informatie te geven. Dit heet de Tuppercare methode, en dit werd door de mensen van de integratiedienst en door Annemie Hoogewys van Artevelde Hogeschool in Bulgarije opgepikt tijdens een inleefreis. Deze methode wordt ook al gebruikt door Altox in Antwerpen (Altox, een deelwerking van de Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Antwerpen). Altox gebruikte de Tuppercare methode in het kader van drugspreventie. Op initiatief van de voorzitter van het OCMW van de stad Antwerpen, Monica De Coninck, werd in Antwerpen de Tuppercare methodiek aangepast en uitgebreid naar andere thema's zoals opvoeding, onderwijs, ouder worden, vrije tijd, energie besparen en gezondheid (1).

Bij deze methode gaat een groep hulpverleners op huisbezoek bij een gastvrouw (bij ons project is dit een vrouw van Oost-Europese origine) die vrienden, kennissen en familieleden bij haar thuis heeft uitgenodigd. In huiselijke kring geven de zorgverleners in eigen taal (die door de tolk vertaald wordt) voorlichting over een thema in de gezondheidszorg (bij ons project is de voorlichting gericht op het gebruik van anticonceptie). Dit gebeurt aan de hand van vertaald of eenvoudig gepresenteerd didactisch materiaal. Een andere manier om de vorming aan te bieden is een bezoek aan een lokaal waar mensen uit de doelgroep spontaan bijeen komen, zoals een vzw-café, een moskee, een vereniging … en daar, weliswaar op afspraak, de mensen te informeren over één bepaald thema.

Het Tuppercare project vond al 1 keer plaats in Gent. Dit in 2013 bij een Slowaakse familie. Een Slowaakse vrouw werd door een medewerker van de integratiedienst, die specifiek Slowaakse families begeleidt, gevraagd of het mogelijk was om een Tuppercare project bij haar thuis te organiseren. Heel wat Slowaakse vrouwen haakten af op deze vraag, vooral omdat ze niet goed wisten wat de hulpverleners zouden komen doen en omwille van negatieve ervaringen bij hulpverleners over dit onderwerp in het verleden, “ze zullen toch weer zeggen dat we geen kindjes mogen krijgen”.

Bij dit eerste pilootproject, dat vooral ter voorbereiding voor het echte Tuppercare project diende, waren 3 Slowaakse vrouwen aanwezig. De groep zorgverleners bestond uit 1 arts en 1 verpleegkundige/vroedkundige uit WGC Botermarkt, 1 persoon van de integratiedienst van stad Gent (die de familie reeds kent en die vooral als vertrouwensfiguur fungeert) en 1 tolk (ook de tolk kende de familie reeds goed door eerdere vertaalopdrachten, en fungeerde hier ook deels als vertrouwensfiguur). Er werd eerst aan de hand van een spel gepeild naar levensstijl, gewoontes en kennis over anticonceptie. Ook de hulpverleners zelf deden mee aan het spel en vertelden over eigen ervaringen, dit om de drempel tot participatie zo laag mogelijk te houden. Bij kennisvragen werd telkens wat uitleg gegeven over anticonceptie. Na afloop van het project vertelden de Slowaakse dames dat ze bereid waren om nog eens hulpverleners te ontvangen om meer informatie te kunnen krijgen over anticonceptie.

V. Onderzoeksvraag en doelstelling

Ik wil graag weten of het effectief zo is dat vrouwen uit deze doelgroep minder gebruik maken van anticonceptie en wat de mogelijke redenen hiervoor zijn.
Zijn er bepaalde kenmerken van deze doelgroep die ervoor zorgen dat deze groep minder toegang heeft tot anticonceptie? Wat is hierover reeds beschreven in de literatuur?
Zijn de cijfers met betrekking tot reproductieve gezondheid bij onze vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine binnen WGC Botermarkt gelijkaardig aan de cijfers van alle vrouwelijke migranten uit Oost-Europa in Vlaanderen?
Verder wil ik graag aan de hand van interviews met vrouwelijke patiënten uit onze praktijk achterhalen of zij nog nieuwe belemmerende factoren aanbrengen. Geven zij vooral redenen aan die bij ons reeds gekend zijn? Bijvoorbeeld gebrek aan kennis. Of geven zij ook redenen aan die voor ons nieuw zijn, waar wij in het verleden nog nooit rekening mee gehouden hebben?
De doelstelling van deze studie is om meer inzicht te krijgen in deze problematiek en deze informatie te kunnen gebruiken bij onze volgende Tuppercare projecten. Er zal nog altijd een grote onderlinge variatie zijn in het denken over anticonceptie bij individuen uit deze populatie. Er zijn immers naast afkomst of cultuur nog veel andere determinanten die hierin een rol spelen (zoals bijvoorbeeld opleiding, relationele status, religieuze overtuigingen). Het is dan ook niet mijn bedoeling om individuen te reduceren tot een cultuur. Maar ik denk dat meer kennis over mogelijke cultureel gebonden opvattingen over dit onderwerp de interculturele communicatie hierover zou kunnen bevorderen. Hiervoor verwijs ik naar het TOPOI model voor interculturele communicatie van Edwin Hoffman (zie bijlage). De systeemtheorie gaat er onder andere van uit dat de identiteit van een persoon gevormd wordt door zijn deelidentiteiten, afhankelijk van de sociale systemen waartoe hij behoort. Religie, etniciteit en nationaliteit zijn slechts drie van de mogelijke deelidentiteiten naast onder andere beroep, opleiding, leeftijd, geslacht. Het systeemdenken beschouwt een menselijke ontmoeting als een sociaal systeem van ‘personen-communicerend-met-andere-personen’ en trekt deze lijn door naar interculturele communicatie. Interculturele communicatie wordt interpersoonlijke communicatie.
Hoffman benadrukt het belang van kennis van de achtergrond van je gesprekspartner om standpunten en gedragingen te verklaren. Eveneens helpt het je om je eigen culturele referentiekader te decentraliseren en zodoende etnocentrisme te voorkomen (2). (zie bijlage voor de volledige theorie van het TOPOI model)

Tot slot wil ik graag enkele aandachtspunten en adviezen formuleren voor de concrete opstart van het Tuppercare project in WGC Botermarkt.

VI. Opbouw van de scriptie

Deze studie bestaat uit 3 onderdelen:

Het 1e onderdeel omvat een literatuurstudie. Deze bevat cijfermateriaal dat in de literatuur gevonden werd betreffende gebruik van anticonceptie en frequentie aan geprovoceerde abortussen bij IEM. Hierin probeer ik een antwoord te vinden op de vraag 'zijn IEM een kwetsbare groep met betrekking tot reproductieve gezondheid? Dit was namelijk één van de uitgangspunten om tot mijn onderzoeksvraag te komen. Hoe is de situatie in de Oost-Europese landen? En hoe zijn deze cijfers bij de groep migranten van Oost-Europese origine die naar Vlaanderen gemigreerd zijn?

Verder probeer ik in deze literatuurstudie de reeds gekende invloeden die mogelijks een rol kunnen spelen in de frequentie van anticonceptie-gebruik en van aantal uitgevoerde abortussen bij vrouwen van Oost-Europese origine in kaart te brengen.

Het 2e onderdeel omvat een beperkte medische dossierstudie uit WGC Botermarkt. Zo probeer ik te achterhalen of de cijfers met betrekking tot reproductieve gezondheid bij onze patiënten die tot deze doelgroep behoren in dezelfde lijn liggen als de gevonden cijfers in de literatuur over deze doelgroep.

Het 3e onderdeel omvat een kwalitatieve studie waarin bij vrouwelijke patiënten van WGC Botermarkt van Oost-Europese origine gepeild wordt naar de gewoontes betreffende reproductieve gezondheid. Worden hier nieuwe thema's naar voor gebracht? Of worden hier vooral de aangehaalde beïnvloedende factoren bevestigd?

In de discussie wordt een mogelijke interpretatie gegeven aan de resultaten.

In het besluit worden de resultaten samengevat en worden adviezen met betrekking tot het op te starten project en aangereikt.

VII. Resultaten

A. Literatuurstudie:

1. Zoekmethode:

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd in 2 fasen, waarbij in een eerste fase werd geprobeerd een algemeen beeld te krijgen van de problematiek en een interessante onderzoeksvraag te bepalen als ook meer inzicht te bekomen in de grote thema's die aan de basis liggen van het opstellen van de semigestructureerde vragenlijst. Het grootste deel van het literatuuronderzoek, met name de zoektocht naar de resultaten uit vorige studies, werd echter uitgevoerd na ongeveer de helft van de interviews vooraleer het kwalitatief gedeelte te hebben afgenomen en deze gecodeerd te hebben. Dit liet toe om tijdens het coderen het basisidee van kwalitatief onderzoek, meer bepaald dit van de *Grounded Theory* beter te respecteren: deze gaat er namelijk van uit dat de concepten of thema's als het ware uit de data moeten 'opborrelen'(3). Het spreekt voor zich dat geheel zonder voorkennis starten een illusie was. De door huisartsen veel gebruikte quaternaire bronnen gaven, naast basiskennis van belang in dit onderzoek, weinig tot geen concrete antwoorden op de onderzoeksvraag. Zowel Domus Medica als de NHG hebben een richtlijn 'anticonceptie'. Als men op de EBM-guidelines informatie over seksualiteit zoekt, verwijzen ook hier de resultaten naar voornamelijk de puur somatisch-biologische aspecten van verschillende anticonceptiemethoden. Opzoeking via tertiaire bronnen als Minerva leverde geen nuttige resultaten op. Bij het raadplegen van de Cochrane databank kwamen ook enkel artikels naar voren die de biologische-medische-somatische factoren van anticonceptie of abortus nagaan, eerder dan de thema's uit de onderzoeksvraag. Deze resultaten werden dan ook niet weerhouden. Verder zocht ik naar secundaire bronnen via diverse zoekmachines, allereerst via Pubmed doch, dit leverde vooral statistische gegevens over gebruik van anticonceptie per land op en de evolutie hiervan in de tijd, of de relatie hiervan met veranderde wetgeving binnen een bepaald land.

Bij gebrek aan resultaat werd ook via ruimere, wel minder betrouwbare zoekmachines als 'Google Scholar' gezocht, waarbij ik de gevonden artikels steeds toetste op relevantie maar vooral ook op wetenschappelijk belang (o.a. door het nagaan van de bron, de methodiek…). Ik gebruikte Mesh-termen 'anticonceptie' en/of 'abortus' en/of geboorteregeling

gecombineerd met ‘Oost-Europees’, dan wel ‘Oekraïne’, ‘Rusland’, ‘Wit-Rusland’, ‘Bulgarije’, ‘Hongarije’, ‘Moldavië’, ‘Polen’, ‘Roemenië’, ‘Slowakije’ of ‘Tsjechië’ dan wel ‘allochtoon’, dan wel ‘migrant’, dan wel ‘etnisch-culturele minderheid’, dan wel ‘intra-Europese-migrant’ alsook ‘anticonceptie’ gecombineerd met ‘voorlichting’ gecombineerd met ‘Oost-Europees’, dan wel ‘intra-Europese-migrant’. Ik zocht zowel in het Nederlands als in het Engels. Ik zocht ook via zoekmachines van diverse universiteiten naar master-thesissen of doctoraatsverhandelingen die een gelijkaardig onderzoeksonderwerp hadden. In de tekst vermeld ik steeds als de informatie uit een van deze, vaak kleinschalige, onderzoeken komt.

Tevens ging ik te rade bij vakgenoten om literatuurreferenties te bevragen.

2. Cijfers

a) Cijfers over het gebruik van anticonceptie in Oost-Europese landen

Is het zo dat in Oost-Europese landen vrouwen minder gebruik maken van moderne methoden van anticonceptie?

In 2013 publiceerde de VN (Verenigde Naties) een rapport met gegevens over de frequentie van uitgevoerde abortussen en het gebruik van contraceptiva per land en per continent, dit in alle landen ter wereld. Uit dit rapport blijkt dat in Oost- Europese landen vrouwen minder vaak gebruik maken van moderne anticonceptiemethoden (volgens het VN rapport omvat dit: sterilisatie, de pil, IUD, prikpil, implantaat, condoom of vrouwencondoom) in vergelijking met vrouwen in België. Het gebruik van deze moderne vormen van anticonceptie bij vrouwen die getrouwd zijn of een relatie hebben bedraagt in heel Europa: 60 %, in België 73%, in Oost-Europa 57% (de cijfers schommelen tussen 28% in Polen en71% in Hongarije). De traditionele vormen van anticonceptie (periodieke onthouding, coitus interruptus) bij vrouwen die getrouwd zijn of een relatie hebben worden gebruikt bij 12% van de vrouwen in heel Europa, bij 2% van de vrouwen in België, bij 17 % van de vrouwen in Oost-Europa (de cijfers schommelen van 45% van de vrouwen in Polen tot 10% van de vrouwen in Hongarije). (zie bijlage)

Dit VN rapport toont ook aan dat in de Oost-Europese landen meer abortussen worden uitgevoerd dan in België, ondanks de meestal gelijkaardige wetgeving hier rond (enkel in Polen is de wetgeving hierrond veel strenger). Zowel in België als in alle Oost-Europese landen (behalve Polen) mag abortus uitgevoerd worden omwille van volgende redenen:

- Om het leven van de moeder te redden
- Omwille van fysieke gezondheidsredenen bij de moeder
- Omwille van psychische gezondheidsredenen bij de moeder
- In het geval van verkrachting of incest
- Omwille van foetale achteruitgang
- Omwille van economische of sociale redenen (mag niet in Polen)
- Op vraag (mag niet in Polen)

Toch merken we een groot verschil in 'Abortion rate'. In België (in 2004) bedraagt deze 9,2 per duizend vrouwen, In Oost Europese landen schommelt deze tussen de 10,7 (Tsjechië, 1997) en 37,4 (Rusland, in 2007). (4)

b) Gegevens over abortus en anticonceptiegebruik in België bij migranten afkomstig uit Oost-Europa

Is er in België ook een verschil in gebruik van anticonceptie door vrouwen naargelang afkomst? Is dit ook zo voor het aantal uitgevoerde abortussen?

In 2005 voerden Hans Neefs en Sara Vissers een grootschalig registratieonderzoek uit dat peilde naar de etnische afkomst en naar voorafgaand anticonceptiegebruik bij cliënten van Vlaamse abortuscentra. Van de bevraagde abortuscliënten heeft 27,5% een andere dan Belgische nationaliteit en geeft 30,8% een ander geboorteland aan. Wanneer ook de tweede generatie allochtone vrouwen erbij wordt genomen – dit zijn de vrouwen van wie minstens één ouder in het buitenland is geboren -, dan stijgt hun aandeel naar zo'n 39%. Bij de allochtone vrouwen vermeldt 21.6 % afkomstig te zijn uit de Midden- en Oost-Europese landen met als belangrijkste landen Polen, Bulgarije, Roemenië, ex-Joegoslavië, Oekraïne en Rusland.

Bij de vrouwen afkomstig uit Oost-Europa blijkt 53.14% van de cliënten in abortuscentra eerder 1 of meerdere abortussen ondergaan te hebben (26.29% 2 of meer abortussen), dit is het hoogste percentage van de groep allochtone vrouwen (zie bijlage). Als men anticonceptiegebruik navraagt heeft 53.33% van de vrouwen afkomstig uit Oost-Europa het laatste jaar voor de abortus geen anticonceptie gebruikt en vertrouwde 9.7% op de methode

coïtus interruptus/periodieke onthouding (bij autochtone vrouwen was dit respectievelijk 20.83% en 11.46%) (zie bijlage) (5).

3. Factoren die het gebruik van anticonceptie bij IEM kunnen beïnvloeden.

a) Factoren die het gebruik van anticonceptie beïnvloeden in Oost-Europese landen:

Hoe komt het dat vrouwen in Oost-Europese landen minder frequent moderne vormen van anticonceptie gebruiken? Een zoektocht naar artikels via Pubmed hierover levert vooral artikels op met statistische gegevens over het gebruik van anticonceptie per land. De meeste wijzen op een recente stijging in gebruik van anticonceptie en een daling in het aantal geregistreerde geprovoceerde abortussen. Zo concludeerde Gregorova P. Et al dit in Tsjechië (6), Regushevskaya et al toonden dit aan in Rusland (7), Jarzabek-Bielecka et al in Polen (8).

Er worden ook vaak artikels gevonden die de grote invloed van de lokale wetgeving op het gebruik van anticonceptie en/of het laten uitvoeren van abortus aantonen. Zo tonen Denisov B.P. et al aan dat het verschil in veranderingen in wetgeving tussen Wit-Rusland, Rusland en Oekraïne leiden tot verschillend evoluerende cijfers over gebruik van anticonceptie en een verschillende evolutie in abortuscijfers (9). Ook Horga et al tonen aan dat de vele dramatische veranderingen in politieke beslissingen over geboorteplanning in Roemenië telkens een grote invloed hadden op de geboortecijfers, het aantal legale en illegale uitgevoerde abortussen en het gebruik van anticonceptie. (10)
Deze studies kunnen echter niet veralgemeend worden naar heel Oost-Europa.
Er worden zeer weinig kwalitatieve studies over dit onderwerp gevonden. Een uitzondering hierop is een onderzoek, uitgaande van de IPPF (International Planned Parenthood Federation, Europe) en UNFPA (United Nations Population Fund): Key Factors Influencing Contraceptive Use in Eastern Europe and Central Asia, gepubliceerd in 2012. In dit grootschalig kwalitatief onderzoek worden zowel focusgroepen met vrouwen als hulpverleners bevraagd naar de belangrijkste factoren die het gebruik van contraceptiva kunnen beïnvloeden. Die factoren werden als volgt gecategoriseerd:

1. Het beleid van de overheid: wetgeving speelt een rol in het gebruik van contraceptiva.

2. De perceptie dat moderne anticonceptiemethoden schadelijk zijn: dit is meestal de sterkst bepalende factor of mensen al dan niet contraceptiva gebruiken.
3. Jonge mensen: hebben door hun leeftijd het meest last van het taboe over dit onderwerp, ook als ze hierover willen spreken met hulpverleners.
4. Attitudes, kennis, vaardigheden en aantal bereikbare dienstverleners: mensen hebben nog steeds te weinig kennis over dit onderwerp. Mensen worden dikwijls verkeerd geïnformeerd door hulpverleners, onder andere doordat hulpverleners soms geen afstand kunnen doen van hun eigen mening hier over.
5. Het beschikbaar aantal soorten moderne contraceptiva: hoe minder soorten beschikbaar, hoe minder gebruik van de contraceptiva. (minder kans dat een vrouw een voor haar geschikte methode vindt).
6. Betaalbaarheid van de moderne anticonceptie methoden. Dit heeft een belangrijke invloed, maar is meestal niet de meest bepalende factor, behalve bij de armste mensen.
7. Sociale normen en verwachtingen ten opzichte van seks, seksualiteit en machtsverschillen tussen mannen en vrouwen: dikwijls tekort aan vertrouwen bij hulpverleners om hierover te kunnen spreken, angst voor de reactie van de omgeving (bv in apotheek), soms mag een vrouw hier geen beslissing in nemen, wordt dit enkel door de man/schoonmoeder beslist. (11)

b) Seksuele gezondheid bij (alle) migranten in België

Hoewel de context vaak verschillend is van de Vlaamse situatie, kunnen vele buitenlandse studies aantonen dat migratie op zich een risicofactor is voor minder consistent gebruik van anticonceptie. Zo zouden Amerikaanse jongeren die tot etnische-culturele minderheden behoren minder bescherming gebruiken (12). Ook volwassen migranten afkomstig uit Zuid-Amerika die nu in de Verenigde Staten wonen, gebruiken minder frequent voorbehoedsmiddelen (13). In Noorwegen gebruiken migranten minder frequent hormonale contraceptiva (14).

Representatieve, grootschalige studies die seksueel risicogedrag onderzoeken in België of Vlaanderen zijn schaars en de bestaande literatuur biedt daarbij geen consensus over de invloed die etniciteit heeft op seksueel (risico)gedrag. De Sexpert 2 studie is een

bevolkingsonderzoek in Vlaanderen, uitgaande van Universiteit Gent en Universiteit Leuven, dat peilt naar seksuele gewoontes bij onder andere de Turkse etnisch-culturele minderheid in Vlaanderen. Deze resultaten werden vergeleken met de resultaten uit de Sexpert 1 studie, een gelijkaardig eerder uitgevoerd onderzoek dat peilt naar seksuele gewoontes bij de totale Vlaamse bevolking. De Sexpert 2 studie toont geen significant verschil aan in frequentie van onveilige seksuele contacten m.b.t. het risico op ongewenste zwangerschappen bij mannen en vrouwen van Turkse origine in vergelijking met de totale Vlaamse populatie (15).

Hans Neefs en Sara Vissers toonden in 2005 wel aan dat onder de cliënten van abortuscentra in België bijna 40% van de cliënten van allochtone afkomst waren. Bijna 4 op 5 van de allochtone cliënten behoren tot de eerste generatie. Opmerkelijk is de korte verblijfsduur in België van een groot aantal cliënten. Bijna 1 op 3 cliënten uit Oost-Europa, 1 op 4 cliënten uit Subsahara Afrika en het Midden- en Verre Oosten verblijft minder dan één jaar in Vlaanderen en respectievelijk 80,3%, 77,9% en 71,4% woont reeds maximaal vijf jaar in België. Dit betekent dat de allochtone vraag om zwangerschapsafbreking grotendeels in functie is van recente migratiebewegingen (5).

Ook de abortuscentra zelf melden in hun jaarverslagen wel dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis van anticonceptie hebben en dat een aantal allochtone vrouwen (vooral afkomstig uit de voormalige Oostbloklanden) abortus beschouwen als een vorm van anticonceptie. Een belangrijke groep zijn de allochtone vrouwen die nog niet lang in België zijn (16).
In een kleinschalig thesisonderzoek dat Hannah De Ruelle in 2011 voerde in het WGC Botermarkt gaven jongeren afkomstig uit een gemengd huwelijk of waarvan beide ouders een allochtone origine hadden, significant vaker aan onbeschermde seks te hebben in vergelijking met meisjes waarvan beide ouders in België werden geboren (P=0.024). Analyse van de kwetsbare groepen op vlak van anticonceptiekennis toonde een significante relatie tussen een slechtere kennis en meisjes met een allochtone origine (P=0.002). (17)

Veel vrouwen van Oost-Europese origine worden beschouwd als ‘kwetsbare migranten’. In 2011 werd ter voorbereiding voor de Rondetafel (een samenwerkingsproject tussen Sensoa, ICRH en het HIV-SAM project van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, om een gezamenlijk beleid uit te stippelen voor seksuele gezondheid bij kwetsbare migranten) getracht om de verhoogde kwetsbaarheid (met betrekking tot seksuele gezondheid) bij migranten te verklaren. (Let wel, dit gaat niet specifiek over migranten van Oost-Europese

origine). Hiervoor werden onder andere gesprekken gevoerd, zowel met migranten als met medewerkers van betrokken organisaties. De volgende obstakels kwamen hierin naar boven:

1. Zorg is onvoldoende toegankelijk: Kwetsbare migranten vermelden taalbarrières en financiële barrières. Voorgaande slechte ervaringen met dienstverlening werken ontradend. (Lange wachttijden, zorgverleners lijken soms ontoegankelijk)

2. Taboes, mythes en culturele tradities: Het taboe dat op het spreken over seksualiteit ligt werd daarbij veelvuldig aangehaald. Ze praten er niet over met hun partner en familie en de stap naar de hulpverlening is groot. Dit geldt zeker voor vrouwen die met een mannelijke hulpverlener te maken krijgen. De houding van migranten tegenover vruchtbaarheid en anticonceptie wordt voor een groot deel beïnvloed door hun cultuur.

3. Taal: Taal is een veelgenoemde barrière. Er zijn niet altijd tolken beschikbaar. Soms is er minder vertrouwen als er een tolk aanwezig is. Het gebeurt dat kinderen als tolk moeten fungeren bij gevoelige onderwerpen als seksualiteit of abortus. Communicatie gebeurt in zeer eenvoudige taal. Er kan niet altijd genuanceerd worden. Taal is ook een probleem bij het lezen van medicatiebijsluiters.

4. Migratie: De noden van kwetsbare migranten op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid kaderen in een ruimere multi-problematiek. Kwetsbare migranten zijn in de eerste plaats bekommerd om te voldoen aan hun basisnoden: hun verblijfsstatuut in orde brengen, goede huisvesting zoeken, werk vinden, hun financiële situatie stabiliseren, juridische problemen en soms ook gezinsproblemen uitklaren. Daarom is seksuele en reproductieve gezondheid vaak geen prioriteit.

5. Informatietekort: Door hun migratieachtergrond en het (culturele) taboe om te spreken over seksualiteit hebben veel migranten een informatietekort. Ze geven aan dat ze een gebrekkige algemene kennis hebben over hun lichaam, vruchtbaarheid, voorbehoedsmiddelen en seksueel overdraagbare aandoeningen.

6. Psychosociale problemen en genderongelijkheid: De noden van migranten op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid kaderen vaak in een moeilijke relationele context. In sommige culturen is er sprake van een machtsonevenwicht tussen mannen en vrouwen. Afhankelijkheidsrelaties, zowel financieel als emotioneel, hebben een negatieve invloed op de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen. Zij bemoeilijken het spreken en onderhandelen over seksualiteit. (18)

Binnen de groep vrouwen van Oost-Europese origine in Vlaanderen verblijft een deel van hen zonder wettige verblijfsdocumenten in Vlaanderen. Al is dit een kleine minderheid van de doelgroep, toch mag deze groep niet over het hoofd gezien worden. Deze groep wordt steeds groter en ondervindt specifieke obstakels in de toegang tot anticonceptie. Lies Cas trachtte in 2014 in een thesisonderzoek onder andere de kennis die Gentse gezondheidswerkers hebben met betrekking tot anticonceptie bij mensen zonder wettig verblijf in kaart te brengen. Dit kleinschalig onderzoek toont aan dat Gentse gezondheidswerkers enkele problemen signaleren bij het verlenen van contraceptiezorg aan mensen zonder wettig verblijf. Het gaat hier voornamelijk om enkele praktische barrières (educatiemateriaal, tolkendiensten, enzovoort), maar ook op het vlak van beleid en wetgeving worden enkele zaken aangekaart, voornamelijk wat betreft de terugbetaling van anticonceptie. Er blijkt namelijk grote onduidelijkheid te zijn over de verschillende terugbetalingsmodaliteiten van anticonceptie en de regelgeving die de OCMW's hanteren is niet uniform. (19)

c) Roma en gezondheidszorg in België

Cijfers van de integratiedienst uit Gent tonen aan dat de grootste groep intra Europese migranten die in Gent verblijven van Roma-origine is. De grootste groep IEM is afkomstig uit Bulgarije (6373 in de laatste 10 jaar). Bij de migranten van Bulgaarse afkomst zegt 60% van Roma herkomst te zijn (dit is een onderschatting, gezien veel mensen verzwijgen Rom te zijn omwille van frequente discriminatie hierdoor). Mensen van Bulgaarse herkomst worden doorgaans goed ontvangen door de Turkse gemeenschap in Gent, vinden vaak werk, wonen dikwijls in een huurhuis, maar worden nog te vaak uitgebuit. De tweede grootste groep IEM komt uit Slowakije (1688 in de laatste 10 jaar). Bij de migranten van Slowaakse herkomst zegt 95% van Roma herkomst te zijn. Deze groep leeft meer in de marge van de maatschappij, woont dikwijls in kraakpanden, en heeft moeilijkheden om werk te vinden. Nog een grote groep is afkomstig uit Polen (1241 in de laatste 10 jaar). Binnen deze groep geven weinig mensen aan van Roma-afkomst te zijn . Bij de groep afkomstig uit Roemenië zegt 95% van Roma afkomst te zijn. Deze groep blijft meestal niet lang in Gent (circulaire migratie) (20).

In 2014 onderzocht Sara Willems de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor de Roma-populatie in Gent. Dit onderzoek bestaat uit 12 diepte-interviews met Roma en 12 diepte-interviews met zorgverleners en vrijwilligers. Ze ontdekte dat bij deze groep ook de klassieke

drempels (die ook andere kansarme groepen ondervinden) aanwezig zijn die de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren. Dit zijn dan vooral financiële en administratieve drempels, fysieke drempels (mensen die ver van de dokter wonen, geraken er moeilijker) en gebrek aan kennis (niet weten bij wie ze voor wat terecht kunnen). Maar deze groep ondervindt door haar Roma –afkomst ook specifieke drempels in de toegang tot gezondheidszorg. De voornaamste drempels zijn:

- Ze ondervinden een dubbele taalbarrière (ze spreken zelf Rom, vaak spreken de tolken Bulgaars of Slowaaks).
- Ze hebben een onduidelijke verblijfsstatus.
- Er is een fundamenteel wantrouwen of ontevredenheid tegenover zorgverleners (maar eens ze vertrouwen hebben zijn ze wel tevreden over de gezondheidszorg), dit komt vaak door de levenslange discriminatie, die in hun beleving hier ook steeds opnieuw bevestigd wordt.
- Ze hebben andere verwachtingen van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld over antibiotica)
- Een vertrouwensband is een noodzaak. (21)

B. Dossierstudie: Cijfers uit WGC Botermarkt:

Op 18/11/2014 werd uit de elektronische medische dossiers door de IT-medewerker van het centrum een oplijsting gemaakt van de toen ingeschreven patiënten die tot de doelgroep van deze studie horen en van een controlegroep (alle vrouwelijke patiënten tussen 16 en 49 jaar). In beide groepen werd nadien een oplijsting gemaakt van de patiënten waarbij bepaalde gezondheidselementen voorkwamen (een gezondheidselement wordt gebruikt om een diagnose te coderen in het EMD volgens de ICPC-2 classificatie).
In het WGC waren op die dag 204 vrouwelijke patiënten ingeschreven van Oost-Europese origine tussen 16 en 49 jaar. Als we kijken naar alle vrouwelijke patiënten tussen 16 en 49 jaar, dan waren dat er die dag 1588. De doelgroep bedraagt dus 12,8 % van de totale groep vrouwelijke patiënten van dezelfde leeftijd.
In de doelgroep gebruiken 17,2% van de vrouwen orale contraceptiva en 22,1% een IUD (intra-uterien device). Deze cijfers in de totale groep vrouwen van dezelfde leeftijd bedragen respectievelijk 34,9% en 14,0%. De vrouwen van Oost-Europese origine uit het WGC gebruiken dus beduidend minder orale contraceptiva, maar gebruiken iets meer een IUD in vergelijking met de totale groep.
Het gezondheidselement ‘andere vorm van anticonceptie’ is aanwezig in het medische dossier bij 15,7% van de vrouwen van Oost-Europese origine en bij 14,3% van de totale doelgroep. Jammer genoeg wordt dit gezondheidselement in de praktijk zowel gebruikt voor implantaten en prikpillen als voor traditionele vormen van anticonceptie (coitus interruptus en periodieke onthouding). In sommige dossiers wordt dit gezondheidselement zelfs gebruikt om aan te geven dat de vrouw geen anticonceptie gebruikt. Dit maakt dat de cijfers van dit gezondheidselement dus niet verder kunnen worden geïnterpreteerd.
Ik zie bij de doelgroep binnen het WGC beduidend hogere abortuscijfers en cijfers over ongewenste zwangerschap. Bij de vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine is bij 19,6 % van de vrouwen in het medisch dossier sprake van een abortus provocatus, en bij 15,2% van de vrouwen is in het medisch dossier het gezondheidselement ‘ongewenste zwangerschap’ terug te vinden, (waarvan het onduidelijk is of deze ook in een abortus provocatus beëindigd is of niet). Deze groepen kunnen deels overlappend zijn, bijvoorbeeld indien één gebeurtenis (die soms tijdens verschillende consultaties behandeld wordt) door de 2 verschillende gezondheidselementen omschreven wordt in het EMD. Als men de volledige vrouwelijke patiëntenpopulatie van 16-49 jaar bekijkt, zijn de percentages respectievelijk 6.5% en 5,5%.

Hierbij ben ik mij er van bewust dat niet alle gezondheidselementen in de dossiers vermeld staan. Dit kan bijvoorbeeld bij de verschillende vormen van anticonceptie doordat patiënten hiervoor enkel gynaecologen consulteren en wij hiervan niet op de hoogte gebracht worden. Ook kan het zijn dat niet alle ongewenste zwangerschappen en abortussen in de dossiers vermeld staan (bijvoorbeeld indien deze gebeurden voor dat de patiënt zich inschreef in het WGC). Dus ik vermoed dat deze cijfers binnen alle groepen in werkelijkheid hoger kunnen zijn.

C. Kwalitatieve studie

1. Keuze van onderzoeksmethode

Het doel van deze studie is om te achterhalen wat mogelijke redenen kunnen zijn waarom vrouwen uit de doelgroep afhaken bij anticonceptie. Zijn hier cultureel gebonden redenen voor? Deze redenen zijn meestal persoonlijk en het is niet mijn bedoeling om statistische verbanden uit deze studie te halen.
Door een open vraagstelling wil ik zoveel mogelijk ruimte laten voor vrije interpretatie en aanvullingen. Zo hoop ik dat ik mogelijke redenen kan achterhalen waar ik zelf nog niet aan gedacht heb of waar ik geen weet van heb.
Een kwalitatieve benadering is hier dus aangewezen. Gezien het de bedoeling is om de persoonlijke meningen en ervaringen van de verschillende patiënten te kunnen achterhalen, is een semigestructureerd interview hier de meest passende methode.

2. Afbakenen van doelgroep

Bij de keuze van inclusiecriteria was het vooral belangrijk dat de gebruikte criteria gemakkelijk te definiëren waren en dat deze gemakkelijk terug te vinden waren in het elektronisch medisch dossier in de praktijk. Ik heb gekozen voor vrouwelijke patiënten met de leeftijd van 15-49 jaar die zelf, of waarvan beide ouders geboren zijn in Oost-Europa.
Epidemiologisch gezien wordt doorgaans de leeftijd van 15 tot en met 49 jaar gebruikt als zijnde 'reproductieve leeftijd'. Gezien voor dit onderwerp voor jongeren onder de 16 jaar een informed consent van de ouders nodig was voor deelname aan de studie en dat dit in de praktijk moeilijk te organiseren was heb ik ervoor gekozen om de leeftijd op te trekken tot 16 jaar.
Voor de definitie van Oost-Europa werd de definitie die de VN gebruikt ook gebruikt voor dit onderzoek. Dus patiënten afkomstig uit Oekraïne, Rusland, Wit-Rusland, Bulgarije, Hongarije, Moldavië, Polen, Roemenië, Slowakije en Tsjechië. Zowel 1^{e} als 2^{e} generatie migranten werden geïncludeerd.
Veel van de migranten van Oost-Europese origine in Gent zijn van Roma afkomst (20). En migranten van Roma-afkomst botsen op specifieke obstakels in de toegang tot gezondheidszorg (21), wat ook een belangrijke invloed kan hebben op het gebruik van anticonceptie. Toch kon Roma-afkomst niet als inclusie criterium gebruikt worden voor deze

studie. Ten eerste is het begrip Roma zeer moeilijk te definiëren. Een tweede reden is de mogelijke beïnvloeding van de resultaten indien Roma-afkomst voor de aanvang van het interview zou bevraagd worden. Sara Willems et al toonde immers aan dat veel Roma's het begrip Roma als enorm stigmatiserend ervaren. Bij de aanvang van haar onderzoek weigerden de deelnemers het informed consent te tekenen zolang de titel van de studie het woord 'Roma' omvatte (20). Een derde reden om de Roma-afkomst niet te bevragen is dat de interviews werden afgenomen door een huisarts in opleiding die in de eerste plaats een rol van hulpverlener heeft binnen het WGC. Het bevragen van Roma-afkomst, dat dus bij zeer veel Roma's als zeer stigmatiserend ervaren wordt, zou de neutrale positie van de huisarts in opleiding in een goede huisarts-patiëntenrelatie in de toekomst kunnen schaden.

3. Rekrutering van patiënten

Voor de start van het onderzoek werd uitgegaan van een lage participatiegraad van de Oost-Europese patiënten aan de studie op basis van vroegere ervaringen in de praktijk. Door de organisatie van de interviews aan te passen probeerde ik de drempel tot deelname te verlagen.

Er werd geprobeerd de interviews te laten doorgaan op het moment dat de patiënten reeds kwamen consulteren in de praktijk omwille van medische redenen bij artsen of verpleegkundigen. Op vaste tijdstippen werd in de agenda van alle artsen en verpleegkundigen geselecteerd welke patiënten, die kwamen consulteren, in aanmerking kwamen voor de studie. De namen van de patiënten werden gebruikt als indicatoren om patiënten van Oost-Europese origine te selecteren. Daarna werd de leeftijd en de origine van de patiënt gecontroleerd hetzij via het dossier of via de vaste arts. Het criterium voor een patiënt van Oost-Europese origine is dat de patiënt zelf of beide ouders in Oost-Europa geboren zijn. Indien deze informatie niet gekend was, werd dit op het moment van de consultatie aan de patiënt zelf gevraagd. Tijdens de consultatie bij arts of verpleegkundige werd gevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie, indien ze dat wilden kon het interview direct na de consultatie gebeuren.

4. Procedure van semigestructureerde interviews

Voor het starten van het interview werd aan de patiënt nogmaals het doel van het onderzoek uitgelegd en het informed consent (bijlage) overlopen. Indien dit nodig was, werd

het informed consent vertaald door een tolk. Pas na het ondertekenen van het informed consent werd het interview gestart.
Het eerste deel van het interview bestond uit demografische gegevens, dit vooral om achteraf te kunnen nagaan of de ondervraagde populatie voldoende gevarieerd was. Deze gegevens werden op een formulier genoteerd.
Daarna werd een semigestructureerd interview afgenomen. Er werd gestart met een zeer open vraagstelling om de patiënt zoveel mogelijk onderwerpen en ideeën zelf te laten aanbrengen . Zo viel ook beter te evalueren wat de patiënt echt denkt, gezien verwacht werd dat er vaak sociaal wenselijk zou worden geantwoord. Nadien werden via open vragen de resterende thema's aan bod gebracht. In bijlage is de topiclijst terug te vinden. Deze topiclijst werd samengesteld op basis van enerzijds gelijkaardige studies en anderzijds de thema's die aangehaald werden tijdens het eerste Tuppercare project.
Het interview werd op een bandje opgenomen.
De interviews werden door mezelf afgenomen in het wijkgezondheidscentrum, hierbij waren geen andere personen aanwezig. Ik werk in de praktijk waar de patiënten worden gerekruteerd en het is mogelijk dat
er reeds een arts-patiënt relatie bestond voor het afnemen van het interview. Indien de patiënt onvoldoende Nederlands begreep of sprak, werd een tolk uitgenodigd om tijdens het interview te tolken, eventueel via webcam. Er werd door de vaste arts beslist of de aanwezigheid van een tolk al dan niet noodzakelijk was.

5. Verwerken van de gegevens

De interviews werden letterlijk uitgetypt vanop de bandrecorder en ingevoerd in het verwerkingsprogramma Nvivo. In dit programma werd de tekst gecodeerd volgens verschillende thema's. Vooraf waren enerzijds reeds enkele thema's gedefinieerd, voornamelijk thema's die aan bod kwamen in gelijkaardige studies. Daarnaast kwamen er enkele categorieën bij die door de deelnemers naar voor gebracht werden. Tijdens het verwerken van de gegevens werden de interviews herhaaldelijk opnieuw gelezen en gecodeerd om informatie te toetsen.
Dit alles gebeurde door mezelf, hier kwamen geen andere onderzoekers in tussen. Er werd nadien geen correctie van de gegevens meer gevraagd bij de deelnemers.

6. Resultaten

a) Kenmerken van de deelnemende patiënten.

Er kwamen 42 patiënten in aanmerking om deel te nemen aan de studie, van deze groep hebben slechts 14 vrouwen effectief deelgenomen. De meest voorkomende reden waarom vrouwen niet konden deelnemen was omdat ze niet aanwezig geweest waren op hun afspraak bij de betreffende zorgverlener en dus niet konden bevraagd worden of ze wilden deelnemen aan de studie (dit was het geval bij 14 vrouwen). Een tweede grote groep (11 vrouwen) weigerde om deel te nemen aan de studie, met als reden: geen tijd (5 vrouwen), wantrouwen in verband met het ondertekenen van het informed consent (1 vrouw), toestemming van man nodig (1 vrouw), niet willen spreken over dit onderwerp (4 vrouwen). Eén interview ging verloren bij iemand die onvoldoende Nederlands sprak en waarbij op dat moment uitzonderlijk geen tolk beschikbaar was.
Ten slotte werd bij 2 vrouwen niet bevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie, gezien dit volgens de behandelende arts een ongepast moment was omwille van zeer ernstige medische problematiek.

Er namen 14 patiënten deel aan het onderzoek. In het begin van het interview werden enkele gegevens bevraagd om te zien of er voldoende variatie in de bevraagde populatie aanwezig was.

De jongste deelnemer was 18 jaar, de oudste 42 jaar. 11 van de deelnemers hadden op het moment van het interview een vaste relatie, 3 niet. 10 deelnemers hadden reeds kinderen, 4 niet. Het opleidingsniveau varieerde zeer sterk van enkel diploma lager onderwijs tot universitaire studies. Er was ook variatie in geloofsovertuiging: 4 vrouwen waren moslim, 9 vrouwen christen, 1 vrouw zei niet gelovig te zijn. 7 vrouwen waren afkomstig uit Slowakije, 4 uit Bulgarije, 2 uit Rusland en 1 uit Tsjechië. Alle deelnemende vrouwen waren 1^{e} generatie migranten en verbleven tussen de 2 en 13 jaar in België. Slechts 5 vrouwen gebruikten een vorm van anticonceptie, maar velen onder hen hadden op dat ogenblik een kinderwens, hadden geen relatie, of waren reeds in menopauze. Er namen 3 vrouwen zonder kinderwens deel die een relatie hadden, en geen enkele vorm van anticonceptie gebruikten. (Zie bijlage)

b) Resultaten van de interviews:

(1) Angst voor schadelijke effecten.

Dit was vaak de belangrijkste reden om geen anticonceptie te gebruiken, of om te veranderen van methode van anticonceptie (AC).

Deze angst is het grootst bij hormonale anticonceptie. Enkele gekende bijwerkingen kwamen hier naar boven (21) zoals angst om te verdikken, tijdelijk verminderde fertiliteit na het nemen van hormonale AC, maar vooral het wegvallen van de menstruatie (bij bepaalde vormen van AC) wordt door bijna alle vrouwen als zeer ongezond bevonden en zou bij al deze vrouwen een reden zijn om deze vorm van anticonceptie niet te kiezen.

> *Int: 'Is dat belangrijk voor jou dat je elke maand maandstonden kan krijgen?'*
> *Vrouw: 'Ja natuurlijk, dat is gezond, je moet dat krijgen. Ja, als ik ben 60 jaar dat is normaal, of 50 jaar ik weet het niet. Maar normaal een gezonde vrouw moet elke maand maandstonden krijgen.'*
> *Int: 'En als je maandstonden stoppen als je spiraaltje hebt of als je prikpil hebt, hoe denk je dat dat komt?'*
> *'Ik denk van het spiraaltje of van de spuit, das iets dat dat stopt, en dat is niet gezond, want een gezonde vrouw moet maandstonden krijgen, want dat moet elke maand proper maken.' (29-jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije ,int 5)*

Ook nadat de interviewer op een eenvoudige manier het principe van amenorroe uitgelokt door bepaalde vormen van anticonceptie had uitgelegd en had aangetoond dat dit geen implicaties heeft op de gezondheid van de vrouw, bleven de deelnemers bij dit standpunt.

Het is mogelijk dat lager opgeleide vrouwen deze uitleg niet altijd begrepen hebben, maar ook de hoger opgeleide deelneemsters, die de uitleg duidelijk begrepen hadden, veranderden niet van standpunt hierdoor.

> *Ik heb dat toch liever niet, dat lijkt niet normaal. En als mijn dokter zegt dat dat goed is voor mij, dan zou ik hem hierin wel volgen, maar als ik de keuze heb, dan heb ik toch liever een regelmatige menstruatie (21-jarige vrouw uit Tsjechië, int 12)*

Ook de angst voor post-pil amenorroe en langdurige amenorroe na het stopzetten van prikpil en hormonenspiraal werden aangehaald.

Opmerkelijk is dat ook niet-gekende bijwerkingen aan het pilgebruik worden toegeschreven, bijvoorbeeld haarverlies of het krijgen van een kind met een handicap na pilgebruik.

Sommige vrouwen, die een negatieve houding tegenover hormonale anticonceptie innamen, konden de negatieve effecten slechts vaag omschrijven zoals 'het voelen van hormonale behandeling', en 'zich niet goed voelen'.

> *vrouw: 'Het spiraal, mijn lichaam kon dat niet verdragen'*
> *Int: 'En wat bedoel je daarmee, met mijn lichaam kon het niet verdragen?'*
> *D: 'Awel mijn lichaam kon er niet tegen, van de hormonen.'*
> *I: 'En hoe voel je dat dan?'*
> *D: 'Ik had te weinig kracht en was altijd duizelig.'*
> *(19- jarige vrouw, afkomstig uit Bulgarije, int 13):*

Ook bij het gebruik van een intra-uteriene anticonceptie werden veel negatieve (al dan niet gekende) bijwerkingen aangekaart, zo vermeldde een vrouw kanker als mogelijke complicatie als een spiraal te lang ter plaatse zou blijven. Meerdere vrouwen spraken over angst voor infecties, uitgelokt door een spiraal, al dan niet met de dood tot gevolg.

> *'Ik heb dat nooit gebruikt, maar dit is wat ik hoor bij andere vrouwen: bij een spiraal is het zo dat als je het te laat laat weghalen, dat dit voor jouw lichaam zware consequenties kan hebben, dat dit infecties kan geven, dat vrouwen daar zelfs kunnen aan overlijden.' (40-jarige vrouw, van Bulgaarse afkomst, vertaald door tolk, int 4)*

Vaak wordt ook het mogelijks falen van anticonceptie aangehaald als reden om geen anticonceptivum te gebruiken, dit bij alle vormen van anticonceptie.

'Van de pil dat je niet zwanger kunt worden. Maar dat is ook niet honderd procent hé, ik ken ook al mensen die zwanger zijn als ze de pil pakken, niets is honderd procent.' (28 jarige vrouw uit Slowakije, int 11)

De informatie die de deelnemers hebben over de schadelijke effecten van anticonceptie komt meestal van eigen ervaringen of van ervaringen van vrienden of familieleden. Slechts af en toe geeft de deelnemer aan deze informatie van een arts te hebben bekomen.

(2) Taboesfeer/schroom over dit onderwerp

De meerderheid van de deelneemsters voelt ten opzichte van hulpverleners geen schroom om over dit onderwerp te spreken. De meeste vrouwen vinden het geen probleem om vragen te stellen over dit onderwerp of om zelf dit onderwerp aan te snijden bij hulpverleners. Slechts één vrouw geeft aan liever door de dokter zelf aangesproken te worden over dit onderwerp omdat ze er zelf niet over durft te beginnen.

Enkele vrouwen voelen wel schroom om er over te spreken met mannelijke hulpverleners.

vrouw: 'Ze vragen dat soms of ik wil anticonceptie nemen.'

Int: 'En vind je dat nodig dat ze dat vragen?'

Vrouw: 'Ja, als ik bij dokter ben, soms is dat meisje, soms niet. En ik ben dan een beetje beschaamd soms.'(25-jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije, int 1)

Geen enkele vrouw geeft aan schroom te voelen in de apotheek bij aankoop van een contraceptivum, maar sommigen geven wel aan dat dit komt omdat ze een voorschrift hebben en het dus niet moeten benoemen.

De meeste vrouwen geven aan gemakkelijk te kunnen praten over gebruik van anticonceptie met hun partner, maar enkelen geven ook aan hier niet te kunnen over praten of hier geen inspraak in te hebben.

'Met mijn 2e ex-man was het moeilijk want hij wilde niet dat zijn vrouw de pil nam om zich te beschermen. Ze zijn zo. Wie geen ernstige ziekte heeft mag elk jaar bevallen, bij de Turken (Turkse etnische minderheid in Bulgarije) is dat zo.' (38-jarige vrouw, afkomstig uit Bulgarije, int 2)

Sommige vrouwen geven aan hier binnen de familie niet over te kunnen spreken, en dan vooral met de mannen uit de familie of met de ouders. Maar voor de meeste vrouwen vormde dit geen probleem.

'Nee, natuurlijk weten mijn ouders niet dat ik de pil neem. Ik kan met hen over zo'n dingen niet praten. Maar zij leven nog zoals in Rusland en daar is dat allemaal anders.'(25-jarige vrouw, afkomstig uit Rusland, int 3)

(3) Invloed van vrienden/familieleden op keuze van AC

Bijna de helft van de vrouwen vindt adviezen van vrienden/familie minstens even belangrijk als het advies van de dokter.

Alle vrouwen kunnen hier met vriendinnen over spreken, dit gaat meestal over eerdere negatieve ervaringen maar ook advies over methoden die gemakkelijk te gebruiken zijn.

De vrouwen die over dit onderwerp kunnen praten met ouders of andere familieleden hechten vooral veel belang aan de ervaringen van hun moeder of andere oudere personen van de familie hierover.

'Als iemand daar iets van weet dan zeggen ze dat dan. Mijn moeder zegt dat ook zo. Zij heeft daar veel informatie over, dat is belangrijk, zij weet dat. Ze had ook een spiraal en ze heeft daar een infectie door gehad. Ik praat met oudste mensen ook. Zij weten meer dan jongste mensen.' (23- jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije, int 1)

(4) Nood aan geboorteregeling.

De meerderheid van de deelnemende vrouwen vindt het nodig om te kunnen bepalen hoeveel kinderen ze krijgen. Toch hebben sommigen hier voordien nog nooit echt over nagedacht.

De meeste vrouwen vinden het ook belangrijk dat ze kunnen bepalen op welke leeftijd ze voor het eerst zwanger worden, meestal wordt 20-25 jaar als ideale leeftijd aangeduid, maar veel vrouwen geven ook toe dat ze er zelf in het verleden niet zo over nagedacht hadden en werden lang voor die ideale leeftijd voor het eerst zwanger, met abortussen of ongepland moederschap op tienerleeftijd tot gevolg.

> *'Dat is beter hé, want heb zo gehad dat ik een relatie heb gehad maar zonder anticonceptie, zonder condoom of iets. En ik was zwanger, dus het is beter met anticonceptie dan met niets.' (23- jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije, int 1)*

Veel vrouwen vinden de nood aan familieplanning vooral afhankelijk van de financiële situatie of de relationele situatie.

> *'Maar veel andere vrouwen hebben andere situatie. Vb een vrouw die spuitje gebruikt die slechte man heeft of zich slecht voelt, of slechte situatie: die vrouw wil eerst iets nemen dan zwanger worden, want als ze zwanger gaat worden dan gaat ze problemen hebben. En als je hebt veel kinderen, dan moet je goed zorgen dat je goed verdient, voor verzorging en alles, voor voeding, das niet gemakkelijk.' (29-jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije, int 5)*

(5) Houding ten opzichte van abortus

Van de deelnemende vrouwen hadden 4 vrouwen reeds 1 of meerdere abortussen achter de rug. Ze vonden dit allemaal een moeilijke gebeurtenis in hun leven. Sommigen vonden dit moeilijk omwille van religieuze redenen, voor anderen was dit eerder omwille van ethische redenen.

> *' Ik heb dat al gehad (een abortus), dat was niet goed, omdat ik katholiek ben dus dat is niet goed. Ik moest dat doen, dat was de slechtste dag in mijn leven.(…) Dat was voor mijn geloof dat dat moeilijk was, want normaal is dat niet moeilijk, je gaat*

binnen, ze doen dat weg, dat deed geen pijn, je voelt dat niet.' (23-jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije, int 1)

Eén vrouw onderging meerdere gewelddadige en illegale abortussen onder dwang van haar man.

'Al 3 keer (heeft ze al abortus gehad), maar in feite was het mijn ex-man die het gedaan heeft, hij heeft mij van de trap gegooid. ... Die andere abortussen was ook zo, mijn man heeft mij geslaan in mijn buik. Dat was in Bulgarije.' (38-jarige vrouw, afkomstig uit Bulgarije, int 2)

De vrouwen die zelf nog nooit een abortus hadden laten ondergaan waren niet echt voorstander van abortus maar waren wel van mening dat het moest kunnen in bepaalde situaties: vooral bij armoede, ook bij verkrachting.

'Ik denk dat ik ga akkoord maar ook niet. Ik denk dat als iemand is zwanger en het kindje is van iemand waarmee de vrouw geen contact wil, als de man zegt tegen vrouw je moet contact met mij hebben en als vrouw is dan zwanger is. Ik ga dan akkoord met de vrouw als ze kindje wil weg doen. Maar als relatie is tussen 2 personen, en de vrouw is zwanger en ze denkt alleen ik wil niet nu, dan ik ga niet akkoord.' (24-jarige vrouw, afkomstig van Slowakije, int 8)

Alle vrouwen waren ervan overtuigd dat het beter was een zwangerschap te voorkomen met behulp van anticonceptie dan een abortus te moeten laten uitvoeren.

(6) Kennis

Alle vrouwen vonden van zichzelf dat ze te weinig kennis hadden over anticonceptie in het algemeen. Alle vrouwen konden minstens 3 methoden van anticonceptie opnoemen (vooral condoom, de pil, spiraal en de prikpil waren gekend)

'De pil, dat is bekend, maar ook spiraal, maar ik heb dat nooit gebruikt. En ook condoom. ... Ik heb dat nog niet gebruikt dus ik weet daar niks over.'(40-jarige vrouw, afkomstig uit Bulgarije, vertaald door tolk, int 4)

Enkele vrouwen kenden ook het implantaat en de vaginale ring. Vooral bij de lager geschoolde vrouwen was er een zeer groot gebrek aan kennis over het juiste gebruik van de verschillende vormen van anticonceptie en van de veiligheid ervan.

> *Ik gebruik een condoom en, dat is goed om condoom te gebruiken. Maar ik heb nog een vraag voor jou dokter, als mijn vriend vergeet van condoom te gebruiken, kan ik dan zwanger worden? Dat is toch niet zoals met de pil hé? '(19- jarige vrouw, in relatie, afkomstig uit Bulgarije, int 13)*

De hoger opgeleide vrouwen waren het best geïnformeerd. Niet alle vrouwen hadden op school over anticonceptie geleerd, en de vrouwen die dat wel (in het land van herkomst) geleerd hadden, hadden hier maar heel beperkt informatie over verkregen. De meer uitgebreide informatie werd vooral verkregen via vrienden of via de dokter.

> *'Ik kan mij niet herinneren dat ik op school ooit geleerd heb over anticonceptie, zelfs niet in het middelbaar, ik heb nochtans een goede richting gevolgd. Ik heb de meeste informatie hierover via mijn gynaecoloog gekregen.' (31-jarige vrouw, afkomstig uit Rusland, int 10)*

Enkelen hadden ook al op het internet informatie opgezocht.

> *'Ik kijk soms op forums op het internet om te weten wat andere vrouwen daar van vinden, of wat goed of slecht is.'(25- jarige vrouw, geen relatie, afkomstig uit Rusland, int 3)*

Veel vrouwen hadden op het moment van het interview wel goede kennis van ten minste 1 product maar gaven aan dat ze deze informatie te laat verkregen hebben en dat ze op het moment van een eerste ongeplande zwangerschap nog geen weet hadden van het bestaan van anticonceptie.

'Ik heb over dat nog niet denken, over die anticonceptie. Ik heb toen nog niks, maar daarna als ik heb die abortussen gedaan, ik heb veel gehoord van ah dat is spuitje, dat is spiraaltje en ik heb gezegd ik heb veel abortus gedaan maar er zijn ook tabletjes om geen abortus te doen. Maar ervoor, Ik wist dat niet.' (29 jarige vrouw, afkomstig uit Slowakije int 5)

Andere positieve effecten verbonden aan anticonceptie (behalve beschermen tegen zwangerschap) waren niet gekend. Sommigen weten wel dat condoom tegen infecties beschermt.

(7) Gebruiksgemak/kost

Over het financiële is iedereen van mening dat anticonceptie niet duur is.

'Voor een vrouw, nee. Voor een vrouw om een pil te kopen dat is het zelfde als een doos haarkleuring of mascara.' (38-jarige vrouw uit Bulgarije, int 2)

(8) Verschillen met het land van herkomst.

De meeste vrouwen vinden dat er op vlak van anticonceptie weinig verschillen zijn tussen het land van herkomst en België, enkelen vinden dat er in het land van herkomst veel minder AC wordt gebruikt.

VIII. Discussie

A. Cijfers bevestigen vermoedens

Uit de gegevens van het literatuuronderzoek blijkt dat het effectief zo is dat in alle Oost-Europese landen het gebruik van moderne methoden van anticonceptie lager is dan in België en dat het aantal uitgevoerde abortussen hoger is dan in België. Hier is natuurlijk een grote variabiliteit tussen de landen onderling.

In Vlaanderen wordt opgemerkt dat bij de cliënten in abortuscentra een hoog percentage vrouwen van Oost-Europese afkomst is (dit zou moeten vergeleken worden met percentages van vrouwen van Oost-Europese afkomst in Vlaanderen, rekening houdend met de meestal jongere gemiddelde leeftijd en dus meer vrouwen in reproductieve leeftijd), en dat specifiek deze subgroep meestal al eerder meerdere abortussen had ondergaan en in het laatste jaar voor de abortus minder gebruikt maakte van anticonceptie, in vergelijking met de Vlaamse cliënten.

Binnen WGC Botermarkt merken we op dat 12% van de vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine zijn, dus een grote groep binnen dit centrum. Ook in WGC Botermarkt wordt in de EMD minder frequent gebruik van anticonceptie gerapporteerd bij vrouwen van Oost-Europese origine. Dit verschil komt hoofdzakelijk door een beduidend minder gebruik van orale contraceptiva, het gebruik van IUD ligt iets hoger bij de vrouwen van Oost-Europese origine. Er wordt echter een hoger aantal ongewenste zwangerschappen en/of geprovoceerde abortussen gerapporteerd.

B. Welke beïnvloedende factoren op het gebruik van anticonceptie bij deze doelgroep werden reeds beschreven?

1. De meest voorkomende beïnvloedende factoren in het land van herkomst.

Het is mogelijk dat bepaalde invloeden op het gebruik van anticonceptie, die in het land van herkomst beschreven worden, nog steeds invloed hebben op het gebruik van anticonceptie eens vrouwen naar Vlaanderen, of hier specifiek naar Ledeberg, gemigreerd zijn.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat in Oost-Europese landen vooral het beleid van de lokale overheid een belangrijke rol heeft in zowel gebruik van anticonceptie als op geboortecijfers, en op abortuscijfers. Ook speelt de perceptie dat moderne anticonceptiemethoden schadelijk zijn een belangrijke rol in het gebruik van anticonceptie in Oost-Europese landen. Verder heerst nog een groot taboe over dit onderwerp, ook bij hulpverleners, is er te weinig kennis over moderne anticonceptiemethoden, zijn er vaak te weinig soorten moderne contraceptiva beschikbaar en zijn bepaalde contraceptiva nog te duur. Sociale normen en verwachtingen ten opzichte van seks spelen een grote rol in het anticonceptie-gebruik.
Het is niet duidelijk in hoeverre voorgaande beïnvloedende factoren nog steeds een invloed hebben op het anticonceptie-gebruik bij vrouwen van Oost-Europese origine eens ze gemigreerd zijn naar een ander land.

2. Migratie op zich is reeds een beïnvloedende factor.

Alle vrouwen van Oost-Europese origine hebben één belangrijk gemeenschappelijk kenmerk, namelijk dat zij, of hun ouders, gemigreerd zijn. Wereldwijd tonen veel studies aan dat migranten en etnisch-culturele minderheden minder frequent gebruik maken van moderne methoden van anticonceptie. De meeste studies in Vlaanderen hebben dezelfde conclusie, ook al zijn deze hier niet helemaal eenduidig in. Wat wel duidelijk is, is dat onder de cliënten van abortuscentra 40% van allochtone origine is en dat de allochtone vraag om zwangerschapsafbreking grotendeels in functie is van recente migratiebewegingen.

Vooral bij kwetsbare migranten is, gezien hun noden vaak kaderen in een ruimere multi-problematiek, reproductieve gezondheid vaak geen prioriteit.

3. Roma-afkomst

Uit cijfers van de integratiedienst van stad Gent, zien we dat een grote groep migranten van Oost-Europese origine van Roma afkomst is. Deze groep ondervindt specifieke problemen in de toegang tot zorg. Gezien ik bij het kwalitatief onderzoek bij de deelneemsters Roma-afkomst niet bevraagd heb (omwille van redenen die beschreven zijn in het onderdeel kwalitatieve studie, afbakening van de doelgroep), kan ik niet met zekerheid zeggen dat dit ook bij de ondervraagde groep een invloed heeft op de resultaten van het kwalitatief

onderzoek. Toch wil ik dit wel in het literatuuronderzoek nagaan of Roma-afkomst op zich de te bereiken doelgroep van het Tuppercare project.

C. Komen uit het kwalitatief onderzoek nog nieuwe redenen naar boven?

Net zoals in het literatuuronderzoek geven de deelnemende vrouwen tijdens dit kwalitatief onderzoek ook vooral aan dat angst voor schadelijke effecten van contraceptiva een belangrijke rol speelt in de keuze voor het al dan niet gebruiken van moderne anticonceptiemethoden. Ze rapporteren hierbij gekende nevenwerkingen van contraceptiva. Maar er worden ook worden vaak andere klachten (die vermoedelijk niet in verband staan met de gebruikte contraceptiva) aan het gebruik van contraceptiva toegeschreven (22). Opvallend is dat alle vrouwen een zeer groot belang hechten aan een regelmatige menstruatie cyclus en dat amenorroe, uitgelokt door bepaalde contraceptiva, steeds als zeer ongezond beschouwd wordt.

Bepaalde vrouwen geven aan dat er voor hen nog steeds een taboe rust op dit onderwerp. Sommigen ondervinden hierdoor hinder bij het bespreken van anticonceptie bij de (vooral mannelijke) hulpverlener, bij de partner of bij andere familieleden.

Enkele vrouwen hebben op het moment van het interview nog niet echt actief nagedacht over geboorteregeling. Enkele vrouwen die daar op het tijdstip van het interview wel al over nagedacht hebben geven aan dat dit niet zo was op het moment van hun eerste zwangerschap. Veel vrouwen koppelen de nood aan geboortebeperking aan financiële of relationele status.

Veel vrouwen vinden het advies van vrienden of familie minstens even belangrijk als het advies van een dokter over anticonceptie. Het netwerk van de vrouw vormt dus een belangrijke beïnvloedende factor in de keuze van anticonceptiemethoden. Meestal berust dit advies op negatieve ervaringen die vrouwen toeschreven aan het gebruik van anticonceptie. De waarde van dit advies stijgt in ogen van enkele vrouwen, als dit advies door oudere vrouwen gegeven wordt, dia al meer levenservaring hebben.

De theorie dat vrouwen van Oost-Europese origine abortus als een vorm van anticonceptie beschouwen, wordt bij de deelnemende vrouwen niet bevestigd. De vrouwen die reeds een

of meerdere abortussen hadden ondergaan, hadden dit steeds als een negatieve ervaring ervaren. Alle vrouwen waren ervan overtuigd dat het beter was een zwangerschap te voorkomen met behulp van anticonceptie dan een abortus te moeten laten uitvoeren.

Alle vrouwen vonden van zichzelf dat ze te weinig kennis hadden over anticonceptie, en de meerderheid van de vrouwen wenste hier ook meer over te weten te komen. Veel vrouwen wilden meer te weten komen over welke vormen van anticonceptie nog bestonden, maar de interviewer had de indruk dat vooral de kennis over het juist gebruik van anticonceptie ondermaats was.

Enkele vrouwen gaven aan orale anticonceptiemiddelen niet zo gebruiksvriendelijk te vinden, maar de meerderheid van de vrouwen had geen probleem met het gebruiksgemak van de middelen. Geen enkele vrouw vond de kostprijs van contraceptiva een probleem om het te gebruiken.

D. Beperkingen van de studie

1. Selectie bias

Aan de hand van de socio-demografische gegevens die bij de aanvang van het interview bevraagd werden, kunnen we zien dat een zeer diverse groep bevraagd werd. Bij de deelnemende vrouwen is veel spreiding in socio-demografische kenmerken zoals leeftijd, relationele status, aantal kinderen, opleiding, geloofsovertuiging, financiële status, momenteel gebruik van anticonceptie en kinderwens. Er werden verschillende interviews afgelegd met tolk, maar de meeste waren mogelijk zonder de hulp van een tolk. Er is minder spreiding als men kijkt naar land van herkomst (voornamelijk Slowakije, Bulgarije, enkele Rusland, een vrouw uit Tsjechië) en naar aantal jaren in België (enkel 1^{e} generatie migranten, tussen 2 en 13 jaar in België).

Toch moeten we rekening houden met een belangrijke selectie bias. Op vaste momenten waarop de interviews konden doorgaan werd in de agenda van de artsen verpleegkundigen gekeken welke vrouwen in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de studie, dit waren er in totaal 42. Van deze groep hebben slechts 14 vrouwen effectief deelgenomen. De meest voorkomende reden waarom vrouwen niet konden deelnemen was omdat ze niet aanwezig geweest waren op hun afspraak bij de betreffende zorgverlener. Zodoende kon aan deze vrouwen niet gevraagd worden om deel te nemen aan de studie. Hier kan reeds een selectie

van de deelnemers gebeurd zijn zodat vooral patiënten die om welke reden dan ook het wijkgezondheidscentrum gemakkelijker bereiken bevraagd werden in de studie.
Een tweede grote groep (11 vrouwen) weigerde om deel te nemen aan de studie, met als reden: geen tijd (5 vrouwen), wantrouwen in verband met het ondertekenen van het informed consent (1 vrouw), toestemming van man nodig (1 vrouw), niet willen spreken over dit onderwerp (4 vrouwen). Dit leidt eveneens tot een selectie van de deelnemers.
Het zou namelijk kunnen dat net de meest open of gemakkelijk communicerende vrouwen hebben deelgenomen aan dit onderzoek, of dat vrouwen bij wie dit onderwerp helemaal niet bespreekbaar is zo werden uitgesloten. Ook kan het zijn dat vooral vrouwen, die in het verleden reeds negatieve ervaringen hebben gehad met de houding van hulpverleners over dit onderwerp, niet wilden deelnemen.
Eén interview ging verloren bij iemand die onvoldoende Nederlands sprak en waarbij op dat moment uitzonderlijk geen tolk beschikbaar was.
Ten slotte werd bij 2 vrouwen niet bevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie, gezien dit volgens de behandelende arts een ongepast moment was omwille van zeer ernstige medische problematiek.
Deze grote selectie kan een belangrijke invloed hebben op de verkregen resultaten. De uiteindelijke conclusies en besluiten geven dan ook niet meer dan waargenomen tendensen aan en kunnen niet zo maar veralgemeend worden naar de volledige groep van vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine in WGC Botermarkt, laat staan in Ledeberg of de rest van Vlaanderen.

2. Interviewer bias

De interviews gebeurden door mezelf. Ik ben tevens een van de artsen van het WGC Botermarkt, wat in dit geval geen neutrale rol is. Twee van de patiënten vroegen tijdens het interview advies aan de interviewer. Tijdens de interviews had ik soms het gevoel dat sociaal wenselijke antwoorden naar voor kwamen. Slechts twee van de geïnterviewde patiënten waren vaste patiënten van de interviewer, maar alle patiënten kennen de interviewer wel als huisarts.
Mogelijk hielden de geïnterviewde patiënten hierdoor negatieve informatie achter of deden zich positiever voor over bepaalde onderwerpen. Om deze bias minimaal te houden, werd gestart met een zeer open vraagstelling. Zo werd duidelijk wat de patiënten effectief dachten en wat het eerst bij hen opkwam. Daarnaast gaf ik, huisarts in opleiding, duidelijk aan bij het

begin van het interview dat de ideeën van de patiënt op geen enkele manier een rechtstreekse invloed kunnen hebben op de zorg die aan de patiënt in kwestie wordt verleend. Er wordt duidelijk bij vermeld dat dit gaat om een onderzoek en dat ik hier als onderzoeker fungeerde.
Zoals hierboven aangegeven werd deze boodschap niet altijd even duidelijk begrepen.

3. Data bias:

De interviews werden door mezelf uitgetypt, gecodeerd en geïnterpreteerd. Mogelijk was een nieuwe interpretatie naar voor gekomen door tussenkomst van een andere onderzoeker. Bovendien hielp ik mee aan het voorbereiden van het Tuppercare project, dit kan eveneens de interpretatie kan beïnvloeden.

IX. Besluit en adviezen voor het Tuppercare project

A. Conclusies van het onderzoek

Vrouwelijke migranten van Oost-Europese origine in Vlaanderen maken minder gebruik van moderne methoden van anticonceptie en ondergaan meer geprovoceerde abortussen. Ook in WGC Botermarkt wordt dit opgemerkt. De kwetsbaarste groep zijn vrouwen die pas gemigreerd zijn.

Mogelijke oorzaken hiervoor kunnen zijn: de andere wetgeving in verband met geboorteregeling in het land van herkomst, sociale normen en verwachtingen ten opzichte van seksualiteit in het land van herkomst, mythes over schadelijke effecten van contraceptie uit het land van herkomst, migratie op zich. Mensen met Roma-afkomst en vrouwen zonder verblijfsdocumenten ondervinden specifieke obstakels in de toegang tot gezondheidszorg en anticonceptie.

Tijdens de interviews geven de vrouwen vooral aan angst te hebben voor schadelijke effecten van contraceptiva, en dan vooral bij de methoden die amenorroe uitlokken. Enkelen ondervinden nog steeds een taboe op dit onderwerp. Velen geven aan te weinig na te denken over geboorteregeling met ongewenste zwangerschappen tot gevolg. Abortus wordt zoveel mogelijk vermeden. Alle vrouwen wensten meer informatie te krijgen over de verschillende anticonceptiemethoden.

B. Adviezen voor het Tuppercare project

- Probeer de meest kwetsbare groep te bereiken, namelijk vrouwen die pas gemigreerd zijn uit Oost-Europa.
- Informeer ook het netwerk van de patiënt, gezien deze een belangrijke invloed heeft op de keuze van anticonceptie bij vrouwen van Oost-Europese origine.
- Hou rekening met het belang van een vertrouwensrelatie.
- Gezondheidswerkers brengen het onderwerp anticonceptie best zelf ter sprake.
- Bevraag eerst percepties en ideeën over anticonceptiegebruik, en schenk voldoende aandacht aan de te verwachten negatieve effecten van anticonceptie
- Toets kennis af en leg dit uit op een eenvoudige manier en aan de hand van didactisch beeldend materiaal
- Hou rekening met een mogelijks andere visie op geboorteregeling.

X. Referenties

1) Kenniscentrum Vlaamse Steden. Tuppercare: homeparty met een sociaal adviseur. Beschikbaar via: http://www.kenniscentrumvlaamsesteden.be/samenwerken/participatie/interessante%20participatietrajecten/Tuppercare/Pages/default.aspx. Geraadpleegd op 01/02/2013.
2) Edwin Hoffman. 2009. Interculturele gespreksvoering: Theorie en praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 387 pagina's.
3) Glaser B. G. and Strauss A. L. The discovery of Grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago.: Aldine; 1976.
4) United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division. World contraception patterns, 2013. Beschikbaar via: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf.
5) Neefs H., Vissers S. (2004). De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen. Tijdschrift voor seksuologie, 29, 88-96.
6) Gregorova P., Weiss P., Unzeitig V., Cibula D. (2010). Survey of contraceptive behavior and attitude of Czech women towards different types of contraception. Ceska Gynekol, 75(2), 141-8.
7) Denisov B. P., Sakevich V. I., Jasilioniene A. (2012). Divergent trends in Abortion and birth control practices in Belarus, Russia and Ukraine; PLoS ONE, 7(11), e49986.
8) Jarzabek-Bielecka G., Durda M., Sowinska-Przepiera E., Kaczmarek M., Kedzia W. (2012). Sexual activity among young women. Medical and legal aspects. Ginekol Pol, 83(11), 827-34.
9) Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M., Kuznetsova O., Hemminki E. (2009). Contraceptive use and abortion among women of reproductive age in St. Petersburg, Russia; Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41(1), 51-58.
10) Horga M., Gerdts C., Potts M. (2013). The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility; J Fam Plann Reprod Health Care, 39, 2-4.
11) UNFPA EECARO, IPPF European Network. (2012). Key Factors Influencing Contraceptive Use in Eastern Europe and Central Asia. Beschikbaar op: ttp://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Rep_Keyfactorsinflcontractusein7ctries_Dec2012.pdf.
12) Wiggers, L. C. W., De Wit, J. B. F., Gras, M. J., Coutinho, R. A., & van den Hoek, A. (2003). Risk behavior and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority communities in Amsterdam. *Aids Education and Prevention, 15,* 430-447.

13) Roncancio, A. M., Ward, K. K., & Berenson, A. B. (2012). The Use of Effective Contraception among Young Hispanic Women: The Role of Acculturation. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 25,* 35-38.
14) Omland, G., Ruths, S., Diaz, E. (2014). Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. BJOG, 121 (10), 1221-8.
15) Caen, M. (2013). Sekspert II. Seksuele gezondheid van etnische minderheden in Vlaanderen. Presentatie op de Sensoa Netwerkdag Kwetsbare Migranten en Seksuele Gezondheid van 8 november te Antwerpen, België.
16) Sensoa VZW. (2011). Feiten en cijfers: abortus in België. Sensoa; 2011 p 7.
17) De Ruelle H. Kennis en gebruik van anticonceptie bij 14- tot 18-jarige meisjes. Een analyse van de kwetsbare groepen in het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Botermarkt. MaNaMa faculteit huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent. 2011.
18) Sensoa VZW. (2011). Verslag rondetafel kwetsbare migranten. Antwerpen: Sensoa vzw.
19) Cas L. Anticonceptie en mensen zonder wettig verblijf in Gent. Masterproef faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, ter behalen Master of sience in de verpleegkunde en vroedkunde. Universiteit Gent. 2014.
20) Integratiedienst stad gent. (2014). Intra-Europese migranten in Gent: Wie zijn de intra-Europese migranten die in Gent wonen? Waar komen ze vandaan? Hoe (over)leven ze? Presentatie op de studiedag 'Roma en gezondheidszorg' van stad Gent op 2 december te Gent, België.
21) Willems S. (2014) Toegankelijkheid van zorg voor Roma: een schets van de Gentse situatie op basis van diepte-interviews met Roma en intermediaren. Presentatie van lopende studie op de studiedag 'Roma en gezondheidszorg' van stad Gent op 2 december te Gent, België.
22) Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (**BCFI** vzw),beschikbaar via: www.bcfi.be. Geraadpleegd op 02/02/2015.

XI. Bijlagen

A. TOPOI model (2)

Het TOPOI-model is een systematiek van essentiële aandachtspunten en handvatten om in de gespreksvoering met mensen met een andere etnische en maatschappelijke achtergrond, culturele verschillen en misverstanden op te sporen en aan te pakken. TOPOI staat voor Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet. Deze volgorde is gekozen omdat TOPOI in het Grieks 'plaatsen' betekent, het meervoud van 'topos' (= plaats; denk ook aan topografie). Analoog aan deze betekenis zijn Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet de plaatsen of gebieden in de communicatie waar je culturele verschillen en misverstanden kunt achterhalen en aanpakken.

Vier van de vijf gebieden van TOPOI zijn ontleend aan de axioma's (vooronderstellingen) van Watzlawick, die een grammatica ontwikkelde om effectief te kunnen communiceren.

§ Het eerste gebied Taal omvat de verbale en non-verbale taal van de deelnemers aan het gesprek.

§ Het gebied Ordening is de kijk ofwel de zienswijze van de deelnemers op de kwesties die spelen in hun gesprek. § Het gebied Personen verwijst naar de personen die deelnemen aan het gesprek en naar hun onderlinge relatie. Het gebied Personen is het betrekkingsaspect in de communicatie: wie zijn de gespreksdeelnemers voor elkaar, welke beelden hebben ze van elkaar en hoe ervaren ze hun onderlinge betrekking.

§ Het gebied Organisatie is niet ontleend aan een axioma van Watzlawick, maar toegevoegd vanwege de maatschappelijke en professionele organisatorische omgeving waarbinnen de communicatie plaatsvindt.

§ Het gebied Inzet zijn de onderliggende motieven, behoeften, verlangens en drijfveren van de gespreksdeelnemers.

Het TOPOI-model omvat een analyse- en een interventiekader. In het analysekader zijn een aantal vragen opgenomen waarmee je mogelijke verschillen en misverstanden op elk TOPOI-gebied kunt opsporen.

De vijf gebieden van het TOPOI-model zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. In de praktijk van de alledaagse communicatie zal je al de vijf gebieden tegelijkertijd tegenkomen.

De vijf gebieden van TOPOI zijn een operationalisering en concretisering van het containerbegrip 'cultuur'. Anders gezegd de algemene en abstracte begrippen 'cultuur' en 'culturele verschillen' zijn waar te nemen en te bewerken door te kijken naar de wijzen waarop ze zich manifesteren op de gebieden Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet van de communicatie.

Het TOPOI-model is in dat opzicht géén ontkenning van culturele kenmerken en culturele verschillen. Integendeel de vijf TOPOI-gebieden zijn juist een concretisering van culturele kenmerken en culturele verschillen zoals deze zich in de gespreksvoering voordoen.

Het verschil met een culturaliserende benadering is echter dat de culturele kenmerken en culturele verschillen gekoppeld zijn aan vijf belangrijke gebieden van communicatie (de TOPOI-gebieden) en niet aan bepaalde etnische groepen of clusters van etnische groepen. Het reduceert mensen niet tot drager van een cultuur, maar ziet de mens als unieke persoonlijkheid

B. Tabel cijfers VN rapport (4)

Country or territory	Year(s)	Contraceptive prevalence[a] (percentage using contraception among women who are married or in a union[b])											
		Any method	Prevalence of modern methods										Prevalence of traditional methods
			Any modern method	Sterilization		Pill	Injectable	Implant	IUD	Male condom	Vaginal barrier methods[c]	Other modern methods[d]	Any traditional method
				Female	Male								
EUROPE	2011	70,0	58,8	3,8	2,7	20,5	0,5	0,1	11,9	17,7	1,4	0,3	11,0
Eastern Europe	2011	70,1	54,0	1,1	0,2	11,6	0,2	0,0	15,6	22,7	2,6	0,0	15,7
Belarus	2005	72,6	56,0	2,4	0,0	10,4	0,0	0,0	25,7	17,5	0,0	0,0	16,6
Bulgaria	2007	69,2	40,1	2,1	0,1	6,2	..	..	8,9	22,3	0,2	0,3	29,1
Czech Republic	2008	86,3	77,6	..	..	54,4	..	..	7,3	13,1	..	2,8	8,7
Hungary	1992/93	80,6	71,3	5,0	..	39,4	..	..	18,2	8,1	0,6	0,0	9,3
Poland	1991	72,7	28,0	0,0	0,0	3,4	..	..	8,4	13,4	2,8	0,0	44,7
Republic of Moldova	2005	67,8	42,6	4,7	0,0	3,6	..	..	25,2	7,4	..	1,7	25,2
Romania	2005	69,8	50,5	3,9	0,2	16,2	0,4	0,0	6,3	22,6	0,4	0,5	19,4
Russian Federation	2007	79,5	65,0	..	..	14,1	..	..	20,4	30,3	..	5,2	14,6
Slovakia	1997	79,8	65,6	4,7	..	22,3	..	..	12,8	25,8	..	0,0	14,2
Ukraine	2007	66,7	47,5	0,6	0,0	4,8	0,0	0,0	17,7	23,8	0,5	0,0	19,1
Western Europe	2011	69,9	66,5	6,3	2,9	37,5	0,7	0,2	10,6	7,6	0,3	0,4	3,1
Belgium	2008/10	70,4	69,1	8,4	8,4	..	..	..	..	6,0	..	46,2	1,3

a Percentage of women using contraception among those of reproductive age who are married or in a union

b A union involves a man and a woman regularly cohabiting in a marriage-like relationship

c Including diaphragms, cervical caps and spermicidal foams, jelly, cream and sponges

d May include emergency contraception, female condom and modern methods notreported separately

C. Cijfers cliënten abortuscentra (5)

Anticonceptiegebruik in het laatste jaar voor de zwangerschapsafbreking naar regio van herkomst (in %) (5)

	Pil	IUD	condoom	Andere methoden	CI/PO*	Geen anticonceptie	N
België	40,46	1,84	24,60	3,69	11,46	20,83	1248
Turkije	52,46	1,64	8,20	1,64	6,56	29,51	61
Marokko	46,73	1,87	10,28	1,87	4,67	36,45	107
'Westerse landen'	41,67	1,39	29,83	2,78	5,56	30,56	76
Midden- en Oost-Europa	22,42	3,03	12,12	1,82	9,70	53,33	165
Midden- en Verre Oosten	23,00	3,00	20,00	1,00	13,00	43,00	100
West- Midden- en Oost- Afrika	28,80	3,80	22,28	1,09	3,80	45,11	184
Gemengde afkomst	40,00	0,00	30,00	2,86	12,86	22,86	70

*Coïtus interruptus/ periodieke onthouding

Aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen naar regio van herkomst (in %)

	België	Westerse landen	Turkije	Marokko	Midden- en Oost-Europa	Midden- en Verre Oosten	Subsahara Afrika	Gemengde afkomst	totaal
Geen	78,06	68,00	70,97	62,39	46,86	66,04	47,06	73,24	70,40
1	17,24	24,00	24,19	24,77	26,86	25,47	34,22	15,49	20,82
2 of meer	4,70	8,00	4,84	12,84	26,29	8,49	18,72	11,27	8,78
N	1276	75	62	109	175	106	187	71	2061

D. Tabel cijfers WGC botermarkt

	Doelgroep [1]		Controlegroep [2]	
Zorgelementen[3]	Aantal	%	Aantal	%
Zwangerschap	117	57,35	635	39,99
Orale anticonceptie	35	17,16	554	34,89
Intra-uteriene anticonceptie	36	17,65	185	11,65
IUD	9	4,41	37	2,33
Andere vorm van anticonceptie vrouw[4]	32	15,69	227	14,3
Ongewenste zwangerschap	31	15,2	87	5,48
Abortus provocatus	40	19,61	104	6,55
Totaal aantal				
Gemiddelde leeftijd	30,42		32,05	

(1) Doelgroep: Alle vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine, in de leeftijdscategorie 18-49 jaar, ingeschreven in WGC Botermarkt op 18/11/2014.

(2) Controlegroep: Alle vrouwelijke patiënten in de leeftijdscategorie 18-49 jaar, ingeschreven in WGC Botermarkt op 18/11/2014

(3) Zorgelement: codenaam om een diagnose/procedure te coderen in het EMD volgens de ICPC-2 classificatie.

(4) Andere vorm van anticonceptie vrouw: in dit zorgelement worden in WGC botermarkt andere anticonceptiemethoden onder gebracht waarvoor in het ICPC-2 classificatie nog geen codenaam (zorgelement) voor bestaat, dit zijn onder andere een implantaat, de prikpil, de vaginale ring. Dit zorgelement werd in het verleden echter ook door bepaalde artsen gebruikt om aan te geven dat de patiënt enkel traditionele vormen van anticonceptie toepast, zoals coïtus interruptus of periodieke onthouding.

E. Socio-demografische gegevens deelnemers interviews

LEEFTIJD	RELATIE	KINDEREN	OPLEIDING	GELOOF	AFKOMST	AANTAL JAAR IN BELGIE	FINANCIELE MOEILIJKHEDEN	ANTICONCEPTIE	KINDERWENS
23	VRIEND	1	SECUNDAIR	KATHOLIEK	SLOWAKIJE	5	JA	JA	NEE
38	GESCHEIDEN	1	HOGESCHOOL	MOSLIM	BULGARIJE	12	JA	NEE	NEE
25	GEEN	0	HOGESCHOOL	GEEN	RUSLAND	13	JA	JA	NEE
40	GETROUWD	1	LAGER ONDERWIJS	MOSLIM	BULGARIJE	8	NEE	NEE	JA
29	VRIEND	2	LAGER ONDERWIJS	KATHOLIEK	SLOWAIJKE	13	NEE	NEE	JA
25	GETROUWD	3	SECUNDAIR	KATHOLIEK	SLOWAKIJE	7	JA	NEE	JA
27	VRIEND	1	LAGER ONDERWIJS	KATHOLIEK	SLOWAIJKE	4	JA	NEE	JA
24	VRIEND	0	HOGESCHOOL	KATHOLIEK	SLOWAKIJE	3	NEE	NEE	JA
42	GETROUWD	5	SECUNDAIR	KATHOLIEK	BULGARIJE	9	JA	NEE	NEE
31	VRIEND	0	UNIVERSITAIR	ORTHODOX	RUSLAND	6	NEE	JA	NEE
28	VRIEND	3	LAGER ONDERWIJS	KATHOLIEK	SLOWAKIJE	10	JA	NEE	NEE
21	GEEN	1	HOGESCHOOL	MOSLIM	TJECHIE	10	JA	JA	NEE
19	VRIEND	2	LAGER ONDERWIJS	MOSLIM	BULGARIJE	8	JA	NEE	NEE
18	VRIEND	0	HOGESCHOOL	KATHOLIEK	SLOWAKIJE	2	NEE	NEE	NEE

F. Protocol van de studie, goedgekeurd door het Ethisch Comité

Het onderzoek bestaat uit interviews afgenomen tussen 1/5/2014 en 31/10/2014.
Inclusiecriteria:

Vrouwelijke patiënten van reproductieve leeftijd (16-49 jaar).

Van Oost- Europese origine: Zelf, of beide ouders afkomstig uit 1 van volgende landen (Oekraïne, Rusland, Wit-Rusland, Bulgarije, Hongarije, Moldavië, Polen, Roemenië, Slowakije, Tsjechië).

Praktische organisatie:

De interviews gebeuren telkens op donderdag en vrijdagvoormiddag. Alle vrouwen van Oost-Europese origine die dan komen consulteren in WGC Botermarkt bij een andere arts zullen gevraagd worden of ze willen deelnemen aan de studie. Het interview kan dan aansluitend op de consultatie gebeuren in een andere consultatieruimte in het WGC. De arts die het interview afneemt beslist of er hulp van een tolk nodig is, in dat geval wordt beroep gedaan op tolken via webcam van BABEL.

Informatie voor patiënt:

Voor het starten van het interview wordt aan de patiënt het doel van het onderzoek uitgelegd en het informed consent overlopen. Indien dit nodig is wordt het informed consent vertaald door een tolk. Pas na het ondertekenen van het informed consent wordt het interview gestart.

Na het interview wordt een informatieve folder aan de deelnemer meegegeven over anticonceptie. Indien de deelnemer verdere vragen heeft over anticonceptie kan de arts na het interview hierover info geven.

Interviews

De Interviews bestaan uit semi gestructureerde vragenlijsten die zijn voorbereid aan de hand van voorkennis (eerder project dat lopend is in WGC Botermarkt over anticonceptie bij Oost-Europese vrouwen) en literatuurstudie waarbij vooral gezocht word naar gelijkaardige onderzoeken.

Het eerste deel van het interview bestaat uit demografische gegevens en enkele vragen over het anticonceptie gebruik van de deelnemer. Deze gegevens worden op een formulier genoteerd. Daarna wordt een semigestructureerd interview afgenomen. Er wordt gestart met een zeer open vraagstelling om de patiënt zoveel mogelijk onderwerpen en ideeën zelf te laten aanbrengen. Nadien worden via open vragen de resterende thema's aan bod gebracht.

De verschillende thema's die bevraagd worden zijn: beschikbaarheid van anticonceptiva, kennis van anticonceptiva, wantrouwen ten opzichte van anticonceptiva, houding van hulpverleners ten opzichte van anticonceptiva, gebruiksvriendelijkheid van anticonceptiva, cultureel gebonden invloeden op gebruik van anticonceptiva, nood aan anticonceptiva

Indien tijdens de interviews nog meer thema's aangebracht worden door de deelnemers, dan worden deze ook opgenomen in het onderzoek.

Verwerking van de gegevens

De interviews worden allemaal door dezelfde arts afgenomen en worden opgenomen op een bandrecorder. Nadien worden de interviews uitgeschreven en ingevoerd in het verwerkingsprogramma Nvivo, zo wordt de tekst gecodeerd volgens verschillende thema's.

G. Informed consent

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor deelnemers aan studies” met als voettekst ‘Informed consent op ...../……/2014 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.
Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde toestemmingsformulier. Ik heb uitleg gekregen over de aard en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft mij de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende onderzoekers.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoekers.
Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende onderzoeker, die verantwoordelijk is voor de verwerking.
Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____
Datum: _____
Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard en het doel van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger. De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.
Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____
Datum: _____
Handtekening:

H. Informatiebrief deelnemers

Informatiebrief voor deelnemers aan studies

1. Titel van de studie:
Hoe denken vrouwelijke patiënten uit WGC Botermarkt van Oost Europese origine over anticonceptie?
2. Doel van de studie:
Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie. Het doel van deze studie is nagaan hoe vrouwelijke patiënten van Oost Europese origine van wijkgezondheidscentrum Botermarkt denken over anticonceptie. Op deze manier kunnen we meer inzicht krijgen in de factoren die gebruik van anticonceptie beïnvloeden en kunnen we onze adviezen hier op aanpassen.
3. Beschrijving van de studie:
In het wijkgezondheidscentrum Botermarkt zal binnenkort een project starten om advies te geven over anticonceptie bij patiënten van Oost- Europese origine. Op heden hebben wij echter nog weinig kennis over socio-culturele factoren die gebruik van anticonceptie beïnvloeden. De bedoeling van deze studie is om na te gaan wat de ervaringen zijn en hoe patiënten van Oost- Europese origine denken over anticonceptie.
Aan de hand van semigestructureerde interviews in een geselecteerde groep van vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine van het wijkgezondheidscentrum willen we nagaan wat er als positief en wat als negatief ervaren wordt omtrent anticonceptie en wat de beweegredenen zijn om al dan niet anticonceptie te gebruiken. Daarnaast proberen we na te gaan welke adviezen nog nuttig kunnen zijn voor deze patiëntenpopulatie.
Er zullen een dertigtal interviews worden afgenomen.
Uw bijdrage aan dit onderzoek situeert zich in de deelname aan het semigestructureerde interview: er wordt met u een afspraak gemaakt waarop een interview kan worden afgenomen. Het interview zelf zal ongeveer een uur duren en gaat door in het wijkgezondheidscentrum. Indien dit nodig is, zal via een tolk van BABEL gewerkt worden via webcam. Het gesprek zal worden opgenomen op video/audiotape zodat verwerking en analyse van de resultaten mogelijk is. De verwerking gebeurt anoniem. De tapes zullen worden vernietigd na het einde van het project.
4. Wat wordt verwacht van de deelnemer:
Voor het welslagen van de studie, is het belangrijk dat u zo volledig mogelijk en waarheidsgetrouw probeert te antwoorden op de vragen van de onderzoekers.
5. Deelname en beëindiging:
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoekers. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.
6. Risico's en voordelen:
Er zijn geen verwachte risico's of ongemakken verbonden aan deze studie.
Door deelname aan deze studie helpt u ons een beter beeld te krijgen van de opvattingen van de patiënten van Oost-Europese origine over anticonceptie gebruik.
Op deze manier kunnen we in de toekomst onze adviezen over anticonceptie aanpassen en zo een betere zorg bieden.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
De onderzoekers staan garant voor de vertrouwelijke behandeling en anonieme verwerking van alle informatie.

7. Kosten:
Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten voor u mee.
8. Vertrouwelijkheid:
In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw
persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Na deelname, zal u de kans worden geboden uw gegevens te verbeteren. Vervolgens zullen deze geanonimiseerd worden, waardoor er geen terugkoppeling meer mogelijk is.
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens niet openlijk beschikbaar zijn.
Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.
9. Contactpersoon:
Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op
elk ogenblik contact opnemen met:

Marlies Cool
Huisarts in Opleiding
WGC Botermarkt
09 232.32.33
E-mail: marlies.cool@ugent.be

I. Topiclijst interview

Socio-demografische gegevens:

Leeftijd:

Relationele status:

Aantal kinderen:

Opleidingsniveau

Geloof:

Afkomst:

Financiële moeilijkheden:

Huidig anticonceptiegebruik:

Huidige kinderwens:

Open vragen:

Openingsvraag:

Hoe sta je tegenover anticonceptie (maw wat zijn de redenen dat je wel of niet anticonceptie gebruikt)

Volgens thema:

KENNIS VAN ANTICONCEPTIVA

- ❑ Welke ervaring heb je reeds met anticonceptie?
- ❑ Heb je genoeg kennis over anticonceptie?
- ❑ Welke vormen van anticonceptie ken je?
- ❑ Waar heb je voor het eerst over anticonceptie gehoord, van waar komt de meeste informatie die je hierover hebt?

BESCHIKBAARHEID VAN ANTICONCEPTIVA

- ❑ Is anticonceptie moeilijk te verkrijgen? En waarom?
- ❑ Is anticonceptie betaalbaar?
- ❑ Voel je schroom/ schaamte om anticonceptie te kopen?

WANTROUWEN TOV ANTICONCEPTIVA

- ❑ Zijn er nadelen (of schadelijke effecten voor het lichaam) aan anticonceptie?
- ❑ Zijn er voordelen aan anticonceptie?
- ❑ Zijn er nadelen aan het niet gebruiken van anticonceptie?
- ❑ Zijn er voordelen aan het niet gebruiken van anticonceptie?

Nood aan anticonceptie?

- ❑ Vind je het nodig om anticonceptie te nemen? En waarom?
- ❑ Vind je het nodig zelf te kunnen bepalen wanneer kinderen komen?
- ❑ Vind je het nodig om zelf te kunnen bepalen hoeveel kinderen er komen?
- ❑ Hoe sta je tegenover abortus?

HOUDING VAN HULPVERLENERS TOV ANTICONCEPTIVA

- ❑ Speelt de houding van hulpverleners een rol in de beslissing om al dan niet anticonceptie te gebruiken? En waarom?
- ❑ Van wie zou je graag advies krijgen over anticonceptie?
- ❑ Voel je schroom/ schaamte om vragen te stellen over anticonceptie aan een hulpverlener?
- ❑ Met wie kan je praten over anticonceptie
- ❑ Vind je dat een hulpverlener zelf het onderwerp anticonceptie moet aanhalen?

GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID VAN ANTICONCEPTIVA

- ❑ Vind je het gemakkelijk/leuk om anticonceptiva te gebruiken?

RELATIES

- ❑ Heb je ooit seks zonder liefde gehad?
- ❑ Heb je reeds meerdere relaties gehad?

ANDERE

- ❑ Zijn er bepaalde gewoontes/ ideeën die je meeneemt uit je land van herkomst die invloed hebben op je anticonceptiegebruik?
- ❑ Voel je je volledig vrij in de keuze anticonceptie te gebruiken en in de keuze van vorm van anticonceptie. Staat mening van partner, ouders, schoonouders, vrienden hiervoor in de weg?
- ❑ Kan je gemakkelijk praten over anticonceptie met partner, ouders/schoonouders, vrienden, andere familie?
- ❑ Hoe belangrijk is vruchtbaarheid voor jou?
- ❑ Hoe belangrijk is het voor jou om maandelijks je menstruatie te krijgen?