Barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

Joke Schaekers, Katholieke Universiteit Leuven
Elise Olieslagers, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Annelies Van Raemdonck, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Dankwoord

Graag willen wij een heel aantal personen en organisaties oprecht bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van deze masterproef.

In de eerste plaats danken wij onze promotor Birgitte Schoenmakers en co-promotor Annelies Van Raemdonck voor hun deskundige begeleiding, kritische feedback en betrokkenheid. Hun inzichten en aanmoedigingen waren van grote waarde bij het uitwerken en verfijnen van deze masterproef. Daarnaast bedanken wij ook onze eerdere promotoren, Marie Van de Putte en Mieke Vermandere, voor hun begeleiding en ondersteuning in de voorbereidende fase van dit werk.

Vervolgens willen wij de huisartsenpraktijken WGC Zuidrand, praktijk ’t Hof, praktijk Huisartsen Herk en praktijk Medi-Mine bedanken. Wij zijn hen uiterst dankbaar voor de mogelijkheid om patiënten te rekruteren voor dit onderzoek en nog meer voor hun collegialiteit, steun en aanmoediging tijdens dit hele proces.

Een bijzondere dank gaat uit naar Dirk Avonts voor het meedenken over het thema van dit onderzoek en voor het herhaaldelijk opnieuw op weg helpen wanneer het even moeizaam liep. Zijn praktijkervaring, waardevolle inzichten en eerlijke adviezen bepaalden mee de richting en hielpen om deze thesis verder vorm te geven.

Daarnaast danken wij Foyer vzw voor het aanleveren van professionele interculturele bemiddelaars tijdens de interviews. Hun inzet was essentieel om taal- en communicatiebarrières te overbruggen en om de gesprekken op een respectvolle en vertrouwelijke manier te laten verlopen.

Ook onze oprechte dank aan alle vrouwen die bereid waren deel te nemen aan de interviews. Dankzij hun openheid, vertrouwen en bereidheid om persoonlijke ervaringen te delen, werd dit onderzoek mogelijk. Hun verhalen en inzichten vormen het hart van deze masterproef.

Tot slot willen wij onze familie, vrienden en partners bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, geduld en begrip gedurende dit intensieve traject. Hun betrokkenheid en aanmoediging boden de nodige draagkracht om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Tenslotte danken wij elkaar voor de fijne samenwerking, het wederzijds vertrouwen en het gedeelde engagement dat deze masterproef mogelijk heeft gemaakt.

Abstract

Barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

Context: Er bestaat een significante ongelijkheid op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid tussen autochtonen en migranten waardoor er bij de laatste groep een slechtere uitkomst is wat betreft seksuele gezondheidsproblemen. We merken obstakels of minder frequent consulteren van vrouwen met andere etniciteit of migranten i.v.m. problemen en vragen rond seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. Ook de gezondheidsnoden van vluchtelingen en migranten kunnen verschillen van die van de autochtone populatie.

Onderzoeksvraag: Door te peilen naar de ervaring met seksuele en reproductieve zorg van vrouwen met een migratieachtergrond in de Vlaamse huisartsenpraktijk, trachten we de barrières en faciliterende factoren te identificeren die vrouwen ervaren om zo tot meer gerichte aanbevelingen te komen om seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk meer toegankelijk te maken voor vrouwen met een migratieachtergrond.

Methode: Voor dit kwalitatief onderzoek werd gebruik gemaakt van fieldresearch door te werken met individuele semigestructureerde interviews (bijlage 1). Deze interviewgids werd opgesteld o.b.v. verkennend literatuuronderzoek. Zo nodig betrokken we een officiële interculturele bemiddelaar bij de gesprekken. Demografische gegevens werden verzameld aan de hand van een vragenlijst. Tijdens de interviews werden audio-opnames gemaakt. De interviews werden uitgeschreven met behulp van de AI-tool TurboScribe op basis van de audio-opnames, waarna de bekomen transcripten nadien handmatig gecontroleerd en gecorrigeerd werden door de onderzoekers. De data-analyse gebeurde volgens de QUAGOL-methode. Deze transcripten werden dan georganiseerd, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Nvivo. De demografische gegevens werden op een kwantitatieve beschrijvende manier geanalyseerd.

Resultaten: De resultaten tonen aan dat barrières zich op meerdere niveaus voordoen en elkaar versterken. Persoonlijke terughoudendheid, schaamte en beperkte gezondheidskennis blijken nauw verweven met culturele taboes, familiale normen en sociale controle. Onvoldoende kennis over het zorgsysteem en de rol van de huisarts vormt een bijkomende drempel. Faciliterende factoren zijn onder meer de vertrouwensrelatie met de huisarts, het beroepsgeheim, een niet-oordelende en cultuur sensitieve houding, en de ervaren toegankelijkheid en kwaliteit van de Belgische eerstelijnszorg.

Conclusie: De Vlaamse huisartsenpraktijk biedt belangrijke kansen om ongelijkheden in seksuele en reproductieve gezondheidszorg bij vrouwen met een migratieachtergrond te verminderen, mits actieve normalisering van seksuele gezondheid en aandacht voor culturele en communicatieve drempels.

Inhoudsopgave

Dankwoord 3
Abstract 4
Afkortingenlijst 7
Inleiding 8
Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek 10
Kwalitatief onderzoek 10
Methode 10
Onderzoeksvraag 10
Uitkomstmaten 10
Studiemethode 10
Data-analyse 11
Populatie 12
Ethische goedkeuring 12
Resultaten 13
Kenmerken van de deelnemende patiënten 13
Resultaten van de interviews 15
Persoonlijke barrières 17
Culturele normen & relationele interacties 17
Informatiebronnen 19
Contextuele en systeem gebonden factoren 19
Rol van de huisarts 22
Taal, communicatie & ervaring met tolk 22
Discussie 23
Vergelijking met de literatuur 23
Beperkingen en sterktes van het onderzoek 26
Sterktes van het onderzoek 26
Beperkingen van het onderzoek 27
Implicaties voor de huisartspraktijk 28
Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 30
Conclusie 31

Referenties 33
Bijlagen 35
Bijlage 1: interviewgids 35
Bijlage 2: Verkennend literatuur onderzoek 37
Zoekstrategie 37
Bevindingen van de literatuurstudie 37
Bijlage 3: Demografische gegevens 41
Bijlage 4: Adressen huisartsenpraktijken 42
Bijlage 5: Goedkeuring Ethische comissie 42
Bijlage 6: Ethisch protocol 46

Afkortingenlijst

ETHEALTH	Equity in Health and Healthcare for Migrants and Ethnic Minorities
EU 27	Europese Unie: 27 landen
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
ICB	Intercultureel bemiddelaar
IOM	International Organization for Migration
MEM	Migranten en etnische minderheidsgroepen
MeSH	Medical Subject Headings
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
SDG	Sustainable Development Goal
SRH	Seksuele en reproductieve gezondheid
UNDESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNDP	United Nations Development Programme
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WHO	World Health Organisation

Inleiding

Gezondheid en gezondheidsgelijkheid worden bepaald door een samenspel van sociale, biologische en structurele determinanten. Wanneer deze determinanten ongelijk verdeeld zijn, ontstaan verschillen in gezondheid, ook wel het health equity gap genoemd (1). In dit kader wordt migratie steeds vaker erkend als een belangrijke sociaal bepalende factor voor gezondheid. Migratie is een wereldwijd fenomeen met bijna 281 miljoen internationale migranten (UNDESA, 2020). Deze populatie wordt geconfronteerd met veel obstakels bij het verkrijgen van essentiële gezondheidszorg vanwege een aantal factoren, waaronder een onregelmatige immigratiestatus, taalbarrières, een gebrek aan migrant-inclusief gezondheidsbeleid en ontoegankelijkheid van de zorg. Daarnaast kan het zorgproces moeizamer verlopen wanneer zorgverleners onvoldoende kennis hebben van of rekening houden met de waarden en overtuigingen van deze MEM. (2–4).

De verminderde toegankelijkheid tot zorg blijkt ook uit gegevens van verschillende EU-landen waar gezien wordt dat migranten doorgaans meer afhankelijk zijn van spoedeisende hulpdiensten, vanwege de ontoereikende toegang tot andere diensten, zoals eerstelijns- en/of specialistische zorg (5). Ook in België neemt het aandeel personen met een migratieachtergrond toe. Begin 2025 telde het Vlaamse Gewest bijna 1.928.000 inwoners van buitenlandse herkomst, wat overeenkomt met ongeveer 28% van de totale wettelijke bevolking. Ongeveer zes op de tien van hen zijn afkomstig uit landen buiten de EU27 (6).

De gezondheidsstatus van MEM in België toont een paradoxaal beeld. Enerzijds is bij sommige groepen een lagere prevalentie van bepaalde kankers en een lagere alcoholconsumptie vastgesteld. Anderzijds ervaren MEM gemiddeld een slechtere gezondheidsstatus dan autochtone Belgen (7). Het Ethealth-rapport van 2020 toont bovendien aan dat MEM een verhoogd risico hebben op leefstijlaandoeningen en dat de opvolging van chronische ziekten vaak ontoereikend is
(2). Preventieve gezondheidsdiensten blijken in België minder toegankelijk voor niet-Europese migranten in vergelijking met andere Europese landen. Deze vaststellingen verklaren mee de hardnekkige socio-economische gezondheidsongelijkheid, die zich zowel in verschillen van levensduur als in verschillen in gezonde levensjaren uit (5). Tot nu toe heeft België etnische gezondheidsverschillen slechts in beperkte mate aangepakt. Hoewel België alle Europese richtlijnen ter verbetering van de gezondheid van MEM in zijn wetgeving heeft opgenomen, is de inzet voor diversiteit vrij zwak (7).

Voor vrouwelijke MEM wordt deze ongelijkheid nog versterkt door dubbele discriminatie: enerzijds op basis van gender, anderzijds op basis van migratie- of etnische achtergrond (2). Gendergelijkheid is nochtans een fundamenteel mensenrecht en een essentiële

voorwaarde voor een welvarende en duurzame samenleving. Het WHO Global Action Plan maakt daarom speciaal melding van het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van vrouwen, gezien het aanzienlijke bewijs van aanhoudende genderongelijkheid in de kwaliteit van de gezondheidszorg in zowel landen met minder als met meer middelen. Daaronder valt ook universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en reproductieve rechten (8).

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert seksuele gezondheid als “een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn gerelateerd aan seksualiteit; het is niet alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek”. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle individuen worden gerespecteerd, beschermd en vervuld (9).

Bij anderstalige migranten- en vluchtelingenpopulaties in westerse landen blijkt de kennis over seksuele gezondheid en het gebruik van preventieve maatregelen vaak beperkt. Hierdoor lopen migranten- en vluchtelingenvrouwen een verhoogd risico op negatieve seksuele en reproductieve gezondheidsuitkomsten (10). Uit eerder onderzoek blijkt dat de seksuele gezondheid van migranten- en vluchtelingenvrouwen negatief kan worden beïnvloed door uitdagingen die ze ervaren door migratie of ontheemding. Vóór de migratie is er vaak beperkte gelegenheid om te leren over seksuele gezondheid vanwege de slechte toegang tot gezondheidsdiensten en informatie. Terwijl na aankomst in het gastland aan seksuele gezondheid vaak een lage prioriteit wordt gegeven vanwege de uitdagingen van hervestiging, en de beperkte kennis van gezondheidsbronnen en -diensten in het gastland. Dit kan resulteren in slechte kennis over seksuele gezondheid. Verder is kennis voornamelijk afkomstig van leeftijdsgenoten, de media, tijdschriften en andere informele bronnen, waardoor onjuiste kennis en mythes onder gemeenschapsleden in stand kunnen worden gehouden (10).

Ervaringen met gedwongen migratie kunnen een verdere impact hebben bij personen op hun vermogen om te onderhandelen en beslissingen te nemen met betrekking tot hun lichaam en seksuele relaties, waardoor ze het risico lopen op seksueel geweld, HIV en andere seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschappen, onveilige abortussen en vermijdbare moedersterfte (11). Ook preconceptionele gezondheid blijkt bij MEM vrouwen onvoldoende gekend, wat gepaard gaat met meer ongeplande zwangerschappen en taboes rond het bespreken van een kinderwens of zwangerschap (12).

Deze bevindingen benadrukken de nood aan meer inzicht in de sociaal-culturele barrières bij zowel patiënten als zorgverleners om seksuele en reproductieve gezondheidszorg beter af te stemmen op de noden van vrouwen met een migratieachtergrond en zo bij te dragen aan meer toegankelijke en gelijkwaardige zorg (13).

Onderzoeksvraag en doel van het onderzoek

In dit onderzoek gaan we na welke barrières en faciliterende factoren vrouwen met een migratieachtergrond ondervinden bij het bespreken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. Op basis van deze geïdentificeerde barrières en faciliterende factoren trachten we aanbevelingen te formuleren voor een seksueel gezondheidsconsult voor vrouwen met een migratieachtergrond.

Kwalitatief onderzoek

Methode

Onderzoeksvraag

Welke barrières en faciliterende factoren ervaren vrouwen met een migratieachtergrond bij het bespreken van seksuele gezondheid in de Vlaamse huisartsenpraktijk? Welke aanbevelingen kunnen hieruit voortvloeien om toekomstige seksuele gezondheidsgesprekken toegankelijker te maken?

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaten bestaan uit (1) geïdentificeerde barrières en (2) faciliterende factoren bij het bespreken van seksuele gezondheid.

Studiemethode

Voor dit kwalitatief onderzoek werd gebruik gemaakt van fieldresearch door te werken met individuele, semigestructureerd interviews (bijlage 1). Op basis van het voorafgaand verkennend literatuuronderzoek (bijlage 2) werden centrale thema's en concepten geïdentificeerd, die vervolgens de basis vormden voor het opstellen van een interviewgids. Deze gids fungeerde als leidraad tijdens de gesprekken, maar liet voldoende ruimte om door te vragen, nieuwe thema's te verkennen en in te spelen op de ervaringen van de deelnemende vrouwen.
De interviewgids omvatte meerdere thematische blokken, waarbij de thema's werden afgeleid uit de literatuurstudie:

(1) Informatiebronnen en kennis: deelnemers werd gevraagd waar zij hun informatie over seksuele gezondheid vandaan halen en of zij het gevoel hebben voldoende kennis te hebben.
(2) Percepties en culturele opvattingen: hierbij werd bevraagd hoe seksuele gezondheid wordt gezien binnen hun gemeenschap, gezin en sociale omgeving, welke onderwerpen bespreekbaar zijn en welke taboes een rol spelen.
(3) Ervaringen in het thuisland: vrouwen werden bevraagd naar hun eerdere ervaringen met seksuele en reproductieve zorg in hun land van herkomst en hoe deze zich verhouden tot de zorg in Vlaanderen.
(4) De rol van de huisarts: dit deel ging in op hun kennis van het takenpakket van de huisarts in Vlaanderen, eerdere consultaties, redenen om al dan niet naar de huisarts te gaan en mogelijke alternatieve zorgverleners.
(5) Ervaringen met consultaties: vrouwen beschreven hoe zij eerdere contacten met de huisarts hebben ervaren, of zij zich begrepen en geholpen voelden en of er barrières werden ervaren.
(6) Communicatie en tolkgebruik: er werd ingegaan op de rol van taal, het al dan niet meebrengen van een vertaler, ervaringen met professionele tolken en voorkeuren omtrent communicatie in de huisartsenpraktijk.
(7) Ongelijkheid in zorgtoegang: hier werd bevraagd welke factoren het moeilijk maken om seksuele gezondheid met de huisarts te bespreken, zoals geslachtsvoorkeur, vooroordelen, discriminatie of culturele verschillen, en welke elementen de toegang juist vergemakkelijken.
(8) Slotreflecties: deelnemers kregen ruimte om aanvullende factoren te benoemen die hun seksuele gezondheid of toegang tot zorg beïnvloeden.

Demografische gegevens werden verzameld aan de hand van een vragenlijst (bijlage 3). We betrokken een tolk of intercultureel bemiddelaar als dit aangewezen was. Deze aanpak laat toe ervaringen en nuances vanuit het perspectief van vrouwen met een migratieachtergrond grondig te verkennen. De interviews werden afgenomen tussen 1 januari 2025 en 31 december 2025 in een privéruimte binnen de huisartsenpraktijk. Indien nodig werd een intercultureel bemiddelaar ingeschakeld. De interviews duurden 60–90 minuten, werden audio-opgenomen na schriftelijke toestemming, en vervolgens ad verbatim uitgeschreven met behulp van TurboScribe.

Data-analyse

De data-analyse gebeurde volgens de QUAGOL-methode. Deze transcripten werden dan georganiseerd, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma NVivo. De data werden in vivo gecodeerd op een inductieve manier. Demografische gegevens werden kwantitatief beschrijvend verwerkt. De data werden met de nodige

zorgvuldigheid behandeld. Ze werden gepseudonimiseerd en op een beveiligd platform bewaard (OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven).

Populatie

Dit onderzoek maakt gebruik van een pragmatische convenience sample gezien dit onderzoek vooral wil bijdragen aan verder onderzoek in de algemene populatie. De onderzoekspopulatie bestond uit vrouwen ≥18 jaar met een migratieachtergrond, vallend onder: eerste generatie (zelf gemigreerd uit een niet-EU-land of Turkije) en tweede generatie (dochters van ouders die migreerden vanuit een niet-Europees Land of Turkije). De vrouwen werden gerekruteerd door de onderzoekers (2 huisartsen in opleiding) of hun collega huisartsen op verschillende manieren: persoonlijk aanspreken, via de nieuwsbrief, sociale media of met posters in de wachtzaal (bijlage 4). Huisartsenpraktijken en socio-culturele organisaties in de regio met een patiëntenpopulatie die behoort tot onze onderzoeksgroep, werden aangeschreven. Hen werd gevraagd om patiënten met een patiëntenprofiel dat past binnen ons onderzoek, te informeren over de studie en de contactgegevens van de onderzoekers te bezorgen bij interesse in deelname aan de studie. Aan de deelnemende vrouwen werden de contactgegevens van de onderzoekers bezorgd, met de vraag of zij binnen hun gemeenschap of kenniskring andere kandidaten kenden die aan de inclusiecriteria voldeden en hen, indien geïnteresseerd, contact te laten opnemen met de onderzoekers. Op die manier werd sneeuwbalrekrutering toegepast.

Ethische goedkeuring

Voorafgaand aan de interviews werden alle deelnemers op de hoogte gebracht over het doel van deze masterproef en de anonimiteit van de gegevens. Hierbij werd geduid dat het geluid van de interviews wordt opgenomen.

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC onderzoek UZ/KU Leuven het protocol (MP033436) van deze studie onderzocht en op 27 november 2024 een gunstig advies verleent (Bijlage 5 en 6).

Resultaten

Kenmerken van de deelnemende patiënten

Tussen 1 januari en december 2025 werden vrouwen aangesproken. Nadat de inclusiecriteria werden toegepast, leidde dit tot 13 interviews.

De geïnterviewde vrouwen waren tussen de 20 en 55 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 35.4 jaar (tabel 1). De vrouwen zijn geboren in 8 verschillende landen: Afghanistan, België, India, Libanon, Liberia, Nigeria, Oeganda en Paraguay. De vrouwen die niet in België werden geboren, woonden tussen de 5 en 55 jaar in België, met een gemiddelde van 22 jaar. Ze behoorden tot 10 verschillende bevolkingsgroepen, spraken gemiddeld 4 talen en behoorden tot 5 verschillende geloofsovertuigingen. Alle vrouwen waren Nederlands machtig, maar dit varieerde van het begrijpen van enkele woorden tot zich volledig kunnen uitdrukken in het Nederlands. Vrouwen waarvan Nederlands niet de moedertaal was en waarbij werd ingeschat dat de aanwezigheid van een ICB een meerwaarde kon zijn tijdens de gesprekken, werden aangeboden het interview te voeren in de aanwezigheid van een ICB, indien dit een mogelijkheid was. Eén vrouw verkoos het interview uit te voeren met aanwezigheid van een ICB. Eén andere vrouw verkoos ervoor om het interview uit te voeren zonder aanwezigheid van een ICB. Bij de overige vrouwen was er voldoende taalkennis om de interviews vlot te kunnen uitvoeren in het Nederlands. Tijdens elk interview was er voldoende communicatie mogelijk (met of zonder ICB) om dit vlot te laten plaatsvinden met de nodige aandacht voor een taalbarrière indien aanwezig. In totaal behaalden 11 van de 13 deelnemers minstens een diploma van secundair onderwijs. 8 van de 13 vrouwen hebben kinderen. Deze vrouwen hebben minstens één zwangerschap doorgemaakt in België. De helft van deze vrouwen doorliep ook minstens één zwangerschap in het buitenland.

Tabel 1 - Overzichtstabel demografische gegevens deelnemers

Overzicht demografische gegevens patiënten		
Variabelen	Niveau	Frequentie (N)
Leeftijd	20-55 jaar (gemiddeld 35.4)	
Geboorteland	Afghanistan	1
	België	4
	India	3
	Libanon	1
	Liberia	1
	Nigeria	1
	Oeganda	1
	Paraguay	1
Bevolkingsgroep	Algerijnen	1
	Christenen	1

	Edo	1
	Liberianen	1
	Palestijnen	1
	Paraguayanen	1
	Punjabi	3
	Sunni	1
	Turken/Grieken	2
	Turken	1
Religie/Geloofsovertuiging	Geen	2
	Cha	1
	Christendom	1
	Islam	6
	Katholieke kerk	1
	Sikhsisme	1
Scholingsgraad	Lager onderwijs	2
	Secundair onderwijs	9
	Bachelor	1
	Master	1
Burgerlijke stand	Gehuwd	8
	Wettelijk samenwonend	0
	Gescheiden	1
	Weduwe	1
	Alleenstaande	3
Aantal kinderen	0	5
	1	1
	2	3
	3	3
	4	0
	5	1
Locatie zwangerschap	Alleen in België	4
	België en buitenland	4
	Alleen Buitenland	0
Gesproken talen (meer dan 1 taal per deelnemer)	Arabisch	2
	Dari	1
	Edo	1
	Engels	9
	Frans	6
	Grieks	1
	Mandinka	1
	Nederlands	13
	Pastjoe	1

	Portugees	1
	Punjabi	3
	Spaans	1
	Turks	3

Resultaten van de interviews

In totaal namen 13 vrouwen deel aan de interviews. Bij 1 interview betrokken we een intercultureel bemiddelaar met geheimhoudingsplicht bij het gesprek die optrad als tolk. Dataverzadiging trad op doordat we antwoorden zagen terugkomen uit eerdere interviews. Een overzicht van de barrières en faciliterende factoren kan je terugvinden in tabel 2.

Tabel 2 - Overzichtstabel barrières en faciliterende factoren

Barrières en faciliterende factoren	Aantal deelnemers die dit benoemen (van 13 deelnemers)
Persoonlijke barrières	
Verlegenheid/gesloten persoonlijkheid/terughoudendheid	5
Angst voor vooroordelen zorgverlener	2
De impact van aanwezigheid van familieleden tijdens adolescentie en jongvolwassenheid	3
Als jongere zelfstandig een arts kunnen raadplegen	2
Culturele normen en relationele interacties	
Gesloten houding tov seksuele gezondheid	13
Voorkeur gesprekspartner: vrouwelijke familieleden of vrienden	8
Kinderen hebben als faciliterende factor	2
Gesprekken met echtgenoot over seksuele gezondheid	4
Seksuele problemen niet bespreekbaar in de relatie	2
Infertiliteit als barrière	3
Kinderloosheid als barrière	2
Anticonceptie als taboe	4
Abortus als taboe	1
Traditionele genderrollen	6
Seks voor het huwelijk is verboden	5
Verband tussen seksuele gezondheid en het huwelijk	4
Traditionele of natuurlijke remedies	2
Impact van gesprekken met personen uit Belgische samenleving	8
Informatiebronnen	
Online	
Google	8

Sociale media b.v. Tiktok, Instagram	2
ChatGPT	1
Zorgverleners	
Huisarts	8
Andere b.v. gynaecoloog, verpleegkundige	6
Persoonlijke omgeving	
Partners	5
Vrouwelijke familieleden of vrienden	7
Educatie	
Beperkte/ geen opleiding over seksuele gezondheid	6
Goede opleiding over seksuele gezondheid	4
Contextuele en systeem gebonden factoren	
Zorgverlener voorkeur	
Zorgverlener voorkeur vrouw > man	9
Zorgverlener voorkeur vrouw < man	1
Kwaliteit van zorg > geslacht van arts	7
Arts van Belgische cultuur > arts van eigen cultuur	9
Arts van eigen cultuur = arts van Belgische cultuur	1
Arts van eigen cultuur > arts van Belgische cultuur	0
Belang van beroepsgeheim	3
Igv urgente klacht, is geslacht van arts niet belangrijk	3
Toegankelijkheid	
Belang van nabijheid in afstand	3
Belgische gezondheidzorg financieel toegankelijker	4
Snelle hulp i.t.t. land van herkomst	2
Onwetendheid over mogelijkheden binnen eerstelijnszorg	5
Zorg voorkeur	
Geen huisarts in land van herkomst/ apotheek is huisarts	3
Minder hygiëne	3
Producten met minder kwaliteitscontrole	1
Belgische gezondheidszorg > gezondheidszorg thuisland	11
Belgische gezondheidszorg = gezondheidszorg thuisland	1
Belgische gezondheidszorg < gezondheidszorg thuisland	0
Minder controles gedurende de zwangerschap	3
Rol van de huisarts	
Discretie van de arts	4
Huisarts als belangrijk aanspreekpunt	8
Langdurige vertrouwensrelatie	6
Cultuursensitiviteit en -openheid	3
Taal, communicatie en ervaring met tolk	
Taal is geen barrière om alleen naar huisarts te gaan	11
Taal is wel een barrière om alleen naar de huisarts te gaan	2
Visuele en schriftelijke ondersteuning als faciliterende factor	6

Voorkeur voor formele tolk	0
Voorkeur voor informele tolk	4
Geen voorkeur informele vs. Formele tolk	1
De aanwezigheid van een (formele) tolk is een barrière om persoonlijke dingen te delen	2

Persoonlijke barrières

Uit de interviews blijkt dat sommige barrières eerder persoonsgebonden zijn. Sommige vrouwen benoemden individuele kenmerken zoals verlegenheid, een gesloten persoonlijkheid of terughoudendheid. De deelnemers lijken dit zelf te linken aan negatieve ervaringen uit het verleden, maar ook aan culturele normen en de taboes die binnen hun gemeenschap rond seksualiteit bestaan. Dit thema wordt verder in de resultaten besproken.

Ook de levensfase en leeftijd van de MEM-vrouwen lijken bepalend. Verschillende deelnemers benoemden dat het bijzonder moeilijk is om openlijk te spreken over seksuele gezondheid in aanwezigheid van hun ouders, zeker tijdens adolescentie en jongvolwassenheid. In de interviews kwamen enkele suggesties hoe we deze gesprekken toch zouden kunnen faciliteren: ouders tijdelijk vragen de consultatieruimte te verlaten, seksuele gezondheid standaard opnemen in de anamnese en jongeren expliciet informeren dat zij zelfstandig een arts kunnen raadplegen. De jongere deelnemers benadrukten bovendien dat sociale media een belangrijke bron vormen om informatie over seksuele gezondheid te verkrijgen (zie ook verder in de tekst).

Culturele normen & relationele interacties

De interviews tonen dat de sociale omgeving en culturele achtergrond een grote rol spelen in de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid. Hoewel de vrouwen gemiddeld al 22 jaar in België wonen, kleurt hun culturele referentiekader hun kijk op seksualiteit en op de heersende taboes. De deelnemers ervaren dat binnen hun gemeenschap vaker een meer gesloten houding heerst ten opzichte van het bespreken van seksuele gezondheid, dan in de Belgische samenleving. Een voorbeeld hiervan is dat Belgische vrouwen makkelijker zullen vertellen dat ze hun menstruatie hebben of welke anticonceptie ze nemen. Terwijl dit in de interviews met MEM vrouwen naar voren komt als onderwerpen waar men niet of zo weinig mogelijk over spreekt. Indien er toch wordt over gesproken, gaat doorgaans de voorkeur naar vrouwelijke familieleden of vrienden.

Traditionele genderrollen vormen eveneens een barrière. Vrouwen worden aangemoedigd zich bescheiden te gedragen en hun rol binnen het gezin te vervullen. Het hebben van kinderen kan een gesprek over seksuele gezondheid faciliteren, terwijl kinderloosheid of infertiliteit een belangrijke barrière kan vormen omdat ze het gevoel

hebben dat de arts hen hiervoor zal veroordelen. Enkele vrouwen gaven aan dat gesprekken over geslachtsgemeenschap of zwangerschap uitsluitend met de echtgenoot mogen plaatsvinden. Fertiliteitsproblemen zijn in sommige gemeenschappen een groot taboe en kunnen zelfs een reden zijn voor mannen om te hertrouwen. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen terughoudend zijn om dergelijke problemen met hun arts te bespreken. Een vergelijkbaar taboe dat heerst, geldt voor anticonceptie, omdat het bewust uitstellen of vermijden van kinderen in bepaalde gemeenschappen wordt afgekeurd. Dit kan een belangrijke barrière vormen in het bijzijn van hun partner of familieleden.

De deelnemers brengen naar voor dat in sommigen gemeenschappen mannen bevoordeeld lijken te worden op vlak van onderwijs. Enkele vrouwen gaven aan dat in hun gemeenschap vrouwen beperkte tot geen toegang hebben tot onderwijs. Voor hen vormden een gebrek aan kennis een drempel om seksuele gezondheid te bespreken (zie informatiebronnen).

Voor heel wat respondenten is seksuele gezondheid verbonden met het huwelijk. Enkele vrouwen gaven aan dat gesprekken over dit onderwerp uitsluitend met de echtgenoot mogen worden gevoerd. Eén vrouw afkomstig uit Libanon vertelde dat vrouwen in haar gemeenschap voor het huwelijk niet naar de gynaecoloog mogen. Dit sluit aan bij normen die we terugvinden in onder andere de islamitische en Punjab gemeenschappen, waarbij seksueel contact voor het huwelijk verboden is. Als er toch wordt gesproken over seksuele gezondheid buiten de echtgenoot om, is dit gewoonlijk met vrouwelijke familieleden of vrienden. De rol van de partner lijkt hierbij cruciaal. Eén deelneemster benadrukte dat de ondersteunende houding van haar echtgenoot haar helpt om vrijuit over seksuele gezondheid met de huisarts te kunnen spreken, ondanks religieuze taboes binnen de islamitische gemeenschap. Een andere vrouw vertelt net het tegenovergestelde, dat de aanwezigheid van haar man ervoor zorgt dat ze zelf niet kan en mag spreken.

Daarnaast blijkt dat vrouwen soms minder ervaring hebben met formele gezondheidszorg. Zij vertellen dat in hun land van herkomst beroep wordt gedaan op traditionele of natuurlijke remedies. Hierdoor kan de drempel om in België een arts te raadplegen hoger liggen, aangezien we hier op een andere manier tewerk gaan binnen de gezondheidszorg.

Tot slot wijzen verschillende vrouwen erop dat hun houding tegenover spreken over seksuele gezondheid is veranderd sinds hun verhuis naar België. Zij ervaren dat de grotere openheid binnen de Belgische samenleving rond dit onderwerp en gesprekken met andere vrouwen binnen de Belgische samenleving hieraan bijdragen.

Informatiebronnen

De vrouwen maakten gebruik van een brede waaier aan informatiebronnen voor vragen rond menstruatie, seksualiteit, anticonceptie en reproductieve gezondheid.

Digitale informatiebronnen vormden voor veel vrouwen een eerste stap. Google werd het vaakst genoemd als laagdrempelige optie om snel informatie te zoeken, hoewel verschillende vrouwen aangaven dat de informatie op internet vaak tegenstrijdig of onbetrouwbaar is. Sociale media zoals Instagram en TikTok werden frequent gebruikt, vooral door jongere vrouwen maar ook hier werd benadrukt dat medische inhoud moeilijk te beoordelen is. ChatGPT werd ook als bron vermeld, maar vooral als aanvulling.

Naast digitale kanalen bleven professionele zorgverleners belangrijke informatieverschaffers. De huisarts werd genoemd als het belangrijkste aanspreekpunt voor medische vragen, zeker wanneer er behoefte was aan duidelijke uitleg of bevestiging van wat online gevonden werd. Ook verpleegkundigen en gynaecologen fungeerden als vertrouwde informatiebronnen.

Daarnaast werd de directe omgeving vaak geconsulteerd. Partners boden ondersteuning en hielpen informatie te interpreteren. Ook vriendinnen en vrouwelijke familieleden (zoals moeders, zussen of tantes) speelden een belangrijke rol, zeker voor onderwerpen die als gevoelig werden ervaren. In meerdere gevallen werd vermeld dat de eerste informatie over menstruatie of seksualiteit eerder via vrouwelijke familieleden of vriendinnen kwam dan via formele kanalen zoals een leerkracht of arts.

Tot slot was school voor veel vrouwen een belangrijke bron van kennis, al varieerde de kwaliteit en hoeveelheid van die lessen sterk. Sommige vrouwen kregen uitgebreid onderwijs over menstruatie en seksuele gezondheid, terwijl anderen nauwelijks informatie ontvingen. Daardoor speelt onderwijs wel een cruciale, maar niet altijd consistente rol in het opbouwen van basiskennis, zeker wanneer seksuele gezondheid thuis of binnen de gemeenschap weinig bespreekbaar is.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat vrouwen dit gebrek aan kennis, als een belemmering ervaarden om te spreken over seksuele gezondheid met de huisarts.

Contextuele en systeem gebonden factoren

Verschillende contextuele en systeem gebonden factoren faciliteerden of belemmerden de toegang tot zorg. Hieronder worden de verschillen in ervaren zorgkwaliteit en zorgtoegankelijkheid, systeemverschillen en zorg- en zorgverlener- voorkeur besproken.

Er was een verscheidenheid aan meningen rond zorgverlener voorkeur. Enerzijds werd vermeld dat de kwaliteit van zorg belangrijker is dan het geslacht van de zorgverlener. Verschillende vrouwen gaven aan dat ze het geen probleem vonden om door een mannelijke zorgverlener verder geholpen te worden. Anderzijds waren er verschillende

vrouwen die de voorkeur uitdroegen naar een zorgverlener van hetzelfde geslacht. De voorkeur voor een vrouwelijke zorgverlener was vooral uitgesproken bij intieme of gynaecologische klachten. Die voorkeur werd gestuurd door factoren zoals schaamte, het gevoel gemakkelijker over intieme onderwerpen te kunnen spreken, en meer begrip en herkenning bij vrouwelijke artsen. Ook culturele en religieuze normen speelden hierbij een rol, vooral wanneer lichamelijk onderzoek vereist was.

Discretie en het beroepsgeheim werden ook genoemd als voorwaarde om zorg te zoeken. Daarnaast benadrukten de vrouwen het belang van vrije keuze van zorgverlener.

Hoewel sommige vrouwen een uitgesproken voorkeur hadden, bleek deze niet absoluut. Zorgverlener voorkeur was vaak situationeel bepaald: de aard en urgentie van de klacht, de snelheid waarmee zorg nodig was en de expertise van de arts beïnvloedden de uiteindelijke keuze. Bij minder urgente of intiemere klachten kozen vrouwen eerder voor hun voorkeurszorgverlener.

De culturele achtergrond van de zorgverlener bleek voor de meeste vrouwen weinig relevant. De meerderheid gaf aan geen probleem te hebben met een zorgverlener die een andere achtergrond heeft. Sommige vrouwen vermeden net zorgverleners uit dezelfde gemeenschap uit vrees voor vooroordelen of sociale controle. Persoonlijke ervaringen, opvoeding en de mate van openheid binnen de familie lijken te bepalen of een gedeelde achtergrond als steunend of als belemmerend werd ervaren.

De toegankelijkheid van zorg werd door de geïnterviewde vrouwen sterk bepaald door een combinatie van fysieke, praktische, financiële en informatieve factoren. Over het algemeen werd de Belgische eerstelijnszorg ervaren als laagdrempelig en goed bereikbaar, al bleken bepaalde drempels specifiek op te spelen bij klachten rond seksuele gezondheid.

De fysieke bereikbaarheid werd als laagdrempelig ervaren dankzij korte afstanden en vlot vervoer, wat in sommige gevallen een contrast vormde met het land van herkomst waar zorg soms verder verwijderd was.

Ook financiële toegankelijkheid speelde een belangrijke rol. Verschillende vrouwen gaven aan dat zorg in België betaalbaar en vlot toegankelijk is, terwijl toegang tot zorg in het land van herkomst vaak afhankelijk is van voorafgaande betaling. Voor sommigen betekende dit dat zorg in het buitenland onbereikbaar of uitgesteld werd, wat de voorkeur voor zorg in België verder versterkte.

Daarnaast waren er ook duidelijke praktische factoren die de toegankelijkheid verhoogden. Enkele vrouwen vermeldden dat zij in België snel terechtkunnen voor dringende klachten en zelden geconfronteerd worden met lange wachttijden. Dit werd ervaren als een groot verschil met zorgsystemen in hun land van herkomst.

Tot slot werd onwetendheid over de mogelijkheden binnen de eerstelijnszorg benoemd als een belangrijke drempel. Verschillende vrouwen gaven aan dat zij initieel dachten dat de huisarts er enkel was voor ziekte, en niet voor vragen rond seksualiteit en reproductieve gezondheid. Ook bleek dat jongeren vaak niet weten dat zij ook zonder ouders naar de huisarts kunnen komen. Dit illustreert dat toegang tot zorg niet alleen afhankelijk is van infrastructuur en organisatie, maar ook van kennis over het zorgsysteem.

Naast persoonlijke en contextuele factoren speelden verschillen in medische cultuur en zorgstructuren een belangrijke rol in hoe vrouwen de kwaliteit en veiligheid van zorg beoordeelden. De Belgische zorgcontext werd daarbij steevast als professioneler, veiliger en meer patiëntgericht ervaren dan het systeem in het land van herkomst.

De vrouwen beschreven duidelijke verschillen in ervaren zorgkwaliteit tussen België en hun land van herkomst. De Belgische gezondheidszorg werd systematisch ervaren als veiliger, professioneler en beter georganiseerd met meer tijd en aandacht voor de patiënt.

Verschillende vrouwen beschreven Belgische artsen als zorgzaam, betrokken en luisterbereid, met meer tijd voor de patiënt en aandacht voor vragen en onzekerheden. Dit maakte dat zij vertrouwen stelden in de expertise en opvolging van hun huisarts of gynaecoloog. De continuïteit van zorg en het beroepsgeheim versterkten dit vertrouwen nog verder.

Dit stond in contrast met ervaringen in het herkomstland, waar zorgverleners als meer autoritaire of paternalistische figuren werden gezien, waarbij patiënten weinig inspraak hadden en beslissingen voornamelijk door de arts werden genomen. Deze verschillen in omgang droegen bij aan het gevoel dat in België meer ruimte bestaat voor shared decision making, geïnformeerde keuzes en patiëntautonomie.

Naast verschillen in omgang waren er duidelijke praktische verschillen in de zorgstructuur en zorginhoud. Een groot deel van de vrouwen beschreef het zorgsysteem in hun land van herkomst als minder toegankelijk en minder kwaliteitsvol. Vrouwen vertelden dat er *“niet zoiets bestaat als een huisarts”*, dat *“de apotheker de dokter was”* of dat *“één dokter alles doet”*. Technische middelen zijn er beperkt of ontbreken volledig: zo werd tijdens zwangerschappen in het land van herkomst minder gecontroleerd, werden minder echo’s uitgevoerd en gebeurden onderzoeken soms “met de handen” in plaats van met apparatuur. De beperkte nazorg, bijvoorbeeld onmiddellijk naar huis na een keizersnede en de hogere moeder- en kind sterfte, werden hierbij als zorgwekkende indicatoren genoemd. Ook werden hygiënenormen lager ervaren en kenden medicatie en medische producten minder kwaliteitscontrole.

Belgische zorg werd gezien als betrouwbaarder dankzij meer middelen, betere kennis, hogere hygiënestandaarden en een georganiseerde zorgstructuur, waaronder een georganiseerde eerstelijnszorg en preventieve geneeskunde. De continuïteit van zorg met goede opvolging en langdurige vertrouwensrelaties versterkte dit positieve beeld verder.

Rol van de huisarts

Uit de interviews blijkt dat de laagdrempeligheid van de huisarts een belangrijke faciliterende factor is in het bespreken van seksuele gezondheid bij MEM vrouwen. Verschillende vrouwen geven aan dat ze de huisarts als belangrijk aanspreekpunt zien voor algemene onderzoeken zoals bloedafnames, urineonderzoek of informatie in vroege zwangerschap. Tegelijkertijd komt naar voren dat dit niet voor alle vrouwen het geval was. Sommige vrouwen vertelden ons dat ze voor menopauze of gynaecologische klachten rechtstreeks met een gynaecoloog zouden spreken. Ze zijn niet op de hoogte dat de huisarts ook kennis en onderzoeksmogelijkheden heeft binnen dit domein.

Een andere belangrijke faciliterende factor die consistent naar voren komt in de interviews, is het belang van het beroepsgeheim van de huisarts. Vrouwen benadrukten dat wat ze vertellen ‘tussen vier muren’ blijft en dat ze hierdoor zonder censuur hun verhaal kunnen doen. Ze zien de consultatieruimte van de huisarts als een veilige ruimte, waar ze niet worden onderworpen aan de taboe en sociale controle van hun gemeenschap. Bijkomend groeit de vertrouwensrelatie doorheen de tijd met de huisarts. Vrouwen die een goede band met hun huisarts beschreven, gaven duidelijk aan dat dit hen de kans biedt om meer vragen te stelen en minder schaamte te voelen.

De deelnemers gaven aan dat cultuursensitiviteit en openheid van de huisarts essentieel zijn om te spreken over seksuele gezondheid. De vrouwen waarderen dat de huisarts vragen stelt over de culturele context, maar ook dat hen alle opties worden aangeboden zonder vooroordelen. De aanwezigheid van andere MEM vrouwen in de huisartsenpraktijk, versterkt soms het gevoel van herkenning en veiligheid. De meeste vrouwen vonden het niet noodzakelijk dat de arts hun cultuur volledig kent, maar wel dat de hij of zij hiervoor openstaat, nieuwsgierigheid toont en gericht vragen durft stellen.

Taal, communicatie & ervaring met tolk

Taal en communicatie bepaalden in belangrijke mate hoe vrouwen hun contact met zorgverleners ervaarden. Voor de meesten was Nederlands essentieel om zich goed te kunnen uitdrukken en medische informatie te begrijpen. De meerderheid van de vrouwen voelden zich voldoende comfortabel om zelfstandig naar de huisarts te gaan, terwijl

enkele vrouwen toch aangaven dat taal een barrière is voor hen om naar de huisarts te gaan.

Bijna de helft van de vrouwen benadrukten het belang van duidelijke en begrijpelijke informatieoverdracht. Schriftelijke en visuele ondersteuning werd hierbij als bijzonder helpend ervaren. Ook afspraken op een briefje werden positief gewaardeerd, omdat dit hielp om informatie correct te onthouden en te begrijpen.

Voor vrouwen die minder taalvaardig waren, speelde tolkgebruik een belangrijke maar paradoxale rol.

De ervaringen met formele tolken liepen sterk uiteen. Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste vrouwen het geruststellend vinden wanneer iemand vertrouwd kon vertalen. Hierdoor kozen veel vrouwen spontaan voor een informele tolk, meestal een partner, vriend of familielid.

Hoewel sommige vrouwen een formele tolk ook als ondersteunend en positief ervaarden, vonden anderen dit eerder ongemakkelijk en bedreigend voor hun privacy. Zo gaf één vrouw aan dat het lastig kan zijn wanneer een derde persoon gevoelige of intieme informatie hoort. Het standpunt tegenover het gebruik van een formele tolk bleek bovendien niet statisch. Naarmate vrouwen meer inzicht kregen in het nut en de noodzaak van tolkhulp, stonden ze er gaandeweg positiever tegenover.

Naast taal speelde ook het geslacht van de tolk een rol. Verschillende vrouwen vertelden zich comfortabeler te voelen bij een vrouwelijke tolk, vooral wanneer het om gevoelige of intieme klachten ging.

Deze bevindingen tonen dat taalvaardigheid, communicatiestijl en de mogelijkheid om een tolk naar keuze te gebruiken belangrijke voorwaarden zijn voor veilige en toegankelijke zorg. Duidelijke uitleg, schriftelijke ondersteuning en respect voor persoonlijke voorkeur (zoals het geslacht of de identiteit van een tolk) blijken cruciaal om vrouwen met diverse taal- en cultuurachtergronden optimaal te ondersteunen.

Discussie

Vergelijking met de literatuur

Dit kwalitatief onderzoek biedt inzicht in welke barrières en faciliterende factoren MEM vrouwen ervaren om te spreken over seksuele gezondheid binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk.

De bevindingen uit dit onderzoek bevestigen in grote lijnen wat in de literatuur al werd beschreven over toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg bij MEM

vrouwen. Net zoals in eerdere studies blijkt dat de ervaren barrières zich op verschillende en elkaar versterkende niveaus situeren, namelijk individueel, cultureel, zorgverlener-gerelateerd en structureel. Tegelijkertijd brengt dit onderzoek enkele nuances aan het licht die specifiek lijken voor de Vlaamse huisartsenpraktijk.

Zo tonen de resultaten aan dat een aantal barrières die vrouwen met een migratieachtergrond ervaren, eerder persoonlijk en individueel van aard zijn. Verschillende deelneemsters gaven aan dat verlegenheid, een gesloten persoonlijkheid of terughoudendheid hen belemmeren om seksuele gezondheid spontaan ter sprake te brengen. Deze terughoudendheid werd door de vrouwen zelf gelinkt aan negatieve ervaringen uit het verleden, maar ook aan de culturele normen en taboes die binnen hun gemeenschap rond seksualiteit bestaan. Vooral tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid bleek het moeilijk om openlijk over seksuele onderwerpen te spreken in aanwezigheid van ouders of familieleden. Deelnemers gaven aan dat zij later in hun leven vaak meer ruimte ervoeren om dergelijke thema's bespreekbaar te maken.

Deze bevindingen sluiten nauw aan bij de literatuur, waar individuele barrières zoals beperkte kennis, lage gezondheidsvaardigheden, taalbeperkingen, wantrouwen ten aanzien van zorgverleners en angst voor stigmatisering worden beschreven als belangrijke hindernissen in het toegangstraject tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg (14).

Bovendien bevestigen eerdere studies dat culturele en familiale taboes een sterke invloed uitoefenen op hoe jonge MEM vrouwen seksuele gezondheid begrijpen en ervaren. Vooral in sterk verbonden gemeenschappen kan de angst voor oordeel of schending van anonimiteit een remmende factor zijn (15). Hierbij kan de huisarts een interessante rol spelen door het beroepsgeheim te benadrukken en een neutrale rol in te nemen.

Ook culturele normen en relationele interacties spelen hierbij een centrale rol: onze resultaten tonen, in lijn met de literatuur, dat taboes rond seksualiteit, religieuze normen en sociale controle de drempel om hulp te zoeken, verhogen (15). Thema's zoals geslotenheid rond seksuele gezondheid, het verbod op seks voor het huwelijk, taboes rond anticonceptie, fertiliteit en abortus, en de centrale rol van de echtgenoot werden frequent vermeld. Vrouwen gaven aan dat seksuele onderwerpen vaak enkel bespreekbaar zijn binnen het huwelijk of met vrouwelijke familieleden.

Een nuance die minder prominent voorkomt in de literatuur, maar in ons onderzoek wel opvalt, is dat sommige vrouwen expliciet aangeven dat hun houding versoepelde door de grotere openheid binnen de Belgische samenleving, wat wijst op een proces van culturele verschuiving.

Daarnaast kwam ook de rol van onderwijs rond seksuele gezondheid naar voren: beperkte kennis over seksuele gezondheid of een gebrek aan juiste woordenschat

vergroot de drempel om seksuele gezondheidsproblemen met een zorgverlener te bespreken.

Wat informatiebronnen betreft, gaven vooral jongere vrouwen aan dat sociale media voor hen een laagdrempelige bron van informatie vormen rond menstruatie, anticonceptie en seksualiteit. Dit past binnen een bredere evolutie waarbij digitale middelen een steeds grotere rol spelen in de gezondheidsinformatie van jongeren, vooral wanneer formele of familiale informatiekanalen ontoereikend zijn of door taboevorming beperkt blijven.

Op contextueel en systeemniveau bleek dat de culturele achtergrond van de zorgverlener voor de meeste vrouwen slechts een beperkte rol speelt. De meerderheid gaf aan geen voorkeur te hebben voor een arts met een gelijkaardige culturele achtergrond en voelde zich even comfortabel bij zorgverleners uit een andere cultuur. Opvallend was dat sommige vrouwen zorgverleners uit hun eigen gemeenschap net vermeden, uit vrees voor vooroordelen, sociale controle of een mogelijke aantasting van hun privacy. Slechts één deelneemster gaf aan dat er voor haar geen verschil bestond tussen zorgverleners uit het thuisland en zorgverleners in België.

Deze vrees voor sociale controle door een zorgverlener of tolk met dezelfde culturele achtergrond komt ook in de literatuur naar voren en wordt beschreven als een mogelijke drempel voor het zoeken van zorg. Een andere studie rapporteerde dat vrouwen soms net wél een voorkeur hebben voor een zorgverlener met gedeelde taal of culturele achtergrond, omdat dit begrip en herkenning kan bevorderen (16). Dat dit in ons onderzoek nauwelijks werd vermeld, kan mogelijk verklaard worden door de samenstelling van de steekproef: voornamelijk vrouwen die al langere tijd in België wonen en beter geïntegreerd zijn.

Daarnaast blijkt dat onvoldoende kennis van het Belgische zorgsysteem een belangrijke drempel vormt, bijvoorbeeld de misvatting dat de huisarts enkel wordt geconsulteerd bij ziekte. Deze vaststelling wordt ook uitgebreid beschreven in de literatuur: veel migranten hebben weinig kennis over hoe de eerstelijnszorg in het gastland functioneert, weten niet welke diensten beschikbaar zijn en ervaren problemen bij het navigeren van het zorgproces, zoals afspraken maken of weten welke documenten nodig zijn (16). Een gebrek aan begrip van de rol van de huisarts leidt ertoe dat seksuele gezondheid niet spontaan met de huisarts wordt besproken.

Hoewel internationale literatuur vaak structurele barrières zoals hoge kosten, wachttijden en beperkte toegankelijkheid benoemt, kwam in ons onderzoek vooral de goede toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Belgische zorg naar voren als faciliterende factor. Ook de impact van eerdere zorgervaringen werd duidelijk: vrouwen beschreven een groot kwaliteitsverschil tussen zorg in hun land van herkomst en de Belgische context. Waar zorg in het thuisland vaak werd ervaren als paternalistisch, minder hygiënisch en minder georganiseerd, werd de Belgische gezondheidszorg bijna

unaniem geprezen om haar professionaliteit, veiligheid en preventieve aanpak. Dit versterkte het vertrouwen in de huisarts en in de Vlaamse eerstelijnszorg in het algemeen.

Deze positieve waardering ondersteunt de hypothese dat de Belgische eerstelijnszorg een gunstige basis biedt om ongelijkheden in seksuele en reproductieve gezondheid te verminderen mits culturele en communicatieve drempels actief worden erkend en aangepakt.

Tot slot bevestigen onze resultaten, in lijn met eerdere studies, het belang van de huisarts als sleutelfiguur: vertrouwen, culturele sensitiviteit, een niet-oordelende houding van de zorgverlener en het expliciet benoemen van het beroepsgeheim blijken belangrijke faciliterende factoren te zijn om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken (13,14).

Wat taal en communicatie betreft, tonen onze resultaten een genuanceerd beeld ten opzichte van de literatuur die een taalbarrière als een van de grootste drempels beschrijft voor MEM populaties (16). Hoewel twee vrouwen taal als een reële barrière ervaarden, gaf de meerderheid aan zich comfortabel genoeg te voelen om zelfstandig naar de huisarts te gaan. Dat kunnen we verklaren doordat in onze steekproef voornamelijk de vrouwen werden bereikt die een relatief goed begrip hebben van het Nederlands en al langere tijd in België wonen.

Opvallend is dat deze vrouwen eerder informele tolken (partner, familie) verkiezen boven formele tolken, uit zorgen rond comfort en privacy. De literatuur bevestigt dat informele tolken door patiënten vaak als vertrouwder worden ervaren, maar waarschuwt tegelijk voor risico's rond misinterpretatie en discretie. Uit ons onderzoek komt wel naar voren dat de aanwezigheid van een derde persoon zoals familie, maar ook een formele tolk een drempel kan zijn bij het bespreken van gevoelige onderwerpen.

Beperkingen en sterktes van het onderzoek

Sterktes van het onderzoek

Het gebruik van individuele, semigestructureerde interviews liet toe om genuanceerde en persoonlijke ervaringen van MEM vrouwen te exploreren. Deze methode bood ruimte voor doorvragen, verduidelijking en het bespreken van gevoelige thema's.

Doordat de interviews werden afgenomen door huisartsen in opleiding, was er een goede basis voor vertrouwen door de in sommige gevallen al aanwezige arts-patiënt relatie en nadruk op beroepsgeheim. Verschillende vrouwen gaven aan dat dit hen hielp om over gevoelige onderwerpen te spreken. Om de vertrouwelijkheid te garanderen, werden de interviews afgenomen in private ruimtes om te voorkomen dat derden konden

meeluisteren. Doorgaans vonden deze gesprekken plaats in een apart lokaal binnen de huisartsenpraktijk. Een setting die voor de deelnemers al vertrouwd was.

De deelname van de vrouwen was volledig anoniem en geblindeerd. De onderzoekers stelden een gecodeerde lijst op in onze OneDrive, zodat alleen zij de persoonlijke kunnen achterhalen. Er werd bewust gekozen om geen persoonlijke of identificerende gegevens op de te nemen in de studie, zodat personen uit de omgeving van de deelnemer niet konden achterhalen wie aan het onderzoek had deelgenomen.

Wanneer nodig werd beroep gedaan op een officiële interculturele bemiddelaar met geheimhoudingsplicht, wat zorgde voor taalondersteuning zonder verlies van vertrouwelijkheid. Dit maakt de data ook inclusiever omdat ook vrouwen met een beperkte Nederlandse taalvaardigheid konden worden geïncludeerd. Er werd steeds een flyer met informatie meegegeven zodat gerekruteerde vrouwen nog eens rustig konden bekijken wat het doel en onderwerp van het onderzoek is.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek omvatte 13 interviews. Hoewel dit voldoende was om dataverzadiging te bereiken, blijft de steekproef klein en niet representatief voor alle MEM vrouwen in Vlaanderen. Resultaten dienen daarom voorzichtig geïnterpreteerd te worden en zijn eerder exploratieve inzichten.

De meeste deelnemers werden gerekruteerd via de eigen patiënten populaties. Rekrutering via andere praktijken in de regio of socio-culturele organisaties was weinig succesvol. Dit vergroot de kans dat vooral meer vrouwen die tevreden zijn van de zorg deelnamen, gezien de affiniteit van de onderzoekers met het thema seksuele gezondheid. Vrouwen met een hogere zorgmijdingsdrempel, negatieve zorgervaringen of waarvoor de eerstelijnszorg minder toegankelijk is, zijn mogelijks ondervertegenwoordigd. Daarnaast kan ook sociale en culturele beperking een rol hebben gespeeld: vrouwen die binnen hun gezin, gemeenschap of door hun partner weinig tot geen ruimte ervaren om over seksuele gezondheid te spreken, waren waarschijnlijk minder geneigd om deel te nemen aan interviews over dit onderwerp. Hierdoor schetst de studie mogelijk een positiever beeld van toegankelijkheid dan in de volledige doelgroep het geval is.

Ook betreft het patiënten van slechts drie huisartsenpraktijken waardoor dit moeilijk geëxtrapoleerd kan worden naar alle Vlaamse huisartsenpraktijken.

Omdat de interviewers ook artsen in opleiding zijn, en soms ook de eigen huisarts van deze vrouwen, kan hun arts-patiëntrelatie de antwoorden van de deelnemers hebben beïnvloed. Vrouwen zouden geneigd kunnen zijn om positiever of sociaal wenselijk te

antwoorden, bepaalde klachten te minimaliseren of hun ervaringen bij de huisarts te idealiseren.

Hoewel de meerderheid van de deelnemers voldoende Nederlands sprak, bleek taal in enkele gevallen toch een barrière zowel voor de rekrutering als tijdens de interviews. Onze flyers met informatie werden enkel in het Nederlands opgesteld. In het interview mét intercultureel bemiddelaar werd het gesprek soms minder diepgaand door tijdsdruk, interpretatieverschillen of verlies van nuances. Daarnaast was er een voorkeur van sommige vrouwen om het interview uit te voeren zonder formele tolk, waardoor de aanwezige taalbarrière zorgde voor het risico op misinterpretatie bij interviewer en geïnterviewde en beperktere mogelijkheid tot verder doorvragen tijdens de interviews. Zowel bij interviews met beperkte taalvaardigheid als de aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar werden non-verbale signalen moeilijker te interpreteren voor de onderzoeker. Aangezien seksuele gezondheid een gevoelig thema is, kan dit subtiele nuances in emoties, schaamte of taboevorming hebben verzacht of versterkt.

De interviews waren moeilijker in te plannen wanneer een intercultureel bemiddelaar moest worden betrokken. Last-minute annulaties of beperking in de beschikbaarheid van de intercultureel bemiddelaar beperkten het aantal potentiële deelnemers.

Implicaties voor de huisartspraktijk

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat huisartsen een sleutelrol kunnen spelen in het bespreekbaar maken van seksuele en reproductieve gezondheid bij MEM vrouwen.

Een eerste belangrijke implicatie is dat het gesprek over seksuele gezondheid actief moet worden genormaliseerd en geïntegreerd in het dagelijkse consult van de huisarts. Wanneer seksuele gezondheid uitsluitend aan bod komt op initiatief van de patiënt, blijft deze vaak onbesproken door schaamte, taboes of onzekerheid. Het systematisch opnemen van vragen rond seksuele gezondheid in de anamnese bijvoorbeeld bij levensfase overgangen, anticonceptie, fertiliteitswensen of algemene gezondheidsvragen kan de drempel verlagen en signaleren dat dit een normaal en legitiem gespreksonderwerp is binnen de huisartsenpraktijk.

Daarnaast wijzen de resultaten op het belang van toegankelijkheid voor adolescenten en jonge vrouwen. Verschillende deelnemers gaven aan dat zij lange tijd niet wisten dat zij ook zelfstandig en zonder toestemming of aanwezigheid van ouders een huisarts konden consulteren. Huisartsen kunnen hierin een belangrijke rol spelen door actief te informeren over het recht op autonome zorg, bijvoorbeeld tijdens consultaties met jongeren of via laagdrempelige communicatiekanalen. Aangezien sociale media en digitale platformen voor jongere vrouwen een belangrijke informatiebron vormen, kan het

zinvol zijn om deze kanalen ook in te zetten om correcte en betrouwbare informatie over seksuele gezondheid en zorgtoegang te verspreiden.

Uit de interviews blijkt ook dat de aanwezigheid van (mannelijke) familieleden tijdens het consult vrouwen kan belemmeren om vrijuit te spreken over seksuele gezondheid. Huisartsen dienen zich bewust te zijn van deze dynamiek en kunnen, indien gepast, voorstellen om een deel van het gesprek alleen met de patiënte te voeren. Ook bij het gebruik van een tolk is het belangrijk om te peilen naar de voorkeuren van de patiënte en ruimte te creëren voor een veilige setting waarin gevoelige onderwerpen besproken kunnen worden.

Verder komt duidelijk naar voren dat heldere en begrijpelijke informatie een belangrijke faciliterende factor is. Voor anderstalige patiënten kan het helpen om informatie niet alleen mondeling, maar ook schriftelijk of visueel aan te bieden, zodat deze thuis kan worden herlezen of vertaald. Het meegeven van digitale links, flyers of korte samenvattingen kan bijdragen aan beter begrip en meer autonomie in het nemen van gezondheidsbeslissingen.

Een andere belangrijke implicatie betreft de omgang met culturele taboes. Huisartsen moeten zich bewust zijn van gevoelige thema's zoals abortus, anticonceptie, infertiliteit en seks buiten het huwelijk, zonder deze te vermijden. Integendeel, vrouwen gaven aan dat gebrek aan informatie en kennis hen soms belemmert om geïnformeerde keuzes te maken. Het expliciet benoemen van mogelijkheden, zonder vooroordelen of aannames, biedt vrouwen de kans om zelf keuzes te maken in lijn met hun persoonlijke waarden en omstandigheden. Dit impliceert ook dat huisartsen durven vragen naar seksuele activiteit en behoeften, onafhankelijk van burgerlijke staat of culturele achtergrond.

Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat informatievoorziening buiten het consult een belangrijke ondersteunende rol kan spelen. Het aanbieden van zinvolle, betrouwbare bronnen via de website of sociale media van de huisartsenpraktijk kan patiënten helpen om zich voor te bereiden op een consult of om nadien verder informatie op te zoeken in een veilige en betrouwbare omgeving.

Naast het individuele consult kunnen ook structurele en teamgerichte afspraken binnen de huisartsenpraktijk behulpzaam zijn. Niet alleen de huisarts, maar ook andere praktijkmedewerkers zoals onthaalmedewerkers en verpleegkundigen beïnvloeden de toegankelijkheid en veiligheid waarmee patiënten zorg ervaren. Een gedeelde visie binnen het team, duidelijke praktijkafspraken rond vertrouwelijkheid en cultuursensitief handelen, en het laagdrempelig aanbieden van informatie kunnen de toegankelijkheid van zorg verder versterken.

Daarnaast kan ook bijscholing en ondersteuning voor huisartsen een belangrijke rol spelen. Scholing rond cultuursensitieve communicatie en seksuele gezondheid kan helpen om handelingsverlegenheid bij zorgverleners te verminderen en meer vertrouwen

te creëren in het bespreekbaar maken van gevoelige thema's. Het structureel integreren van seksuele gezondheid in praktijkprotocollen en preventiemomenten kan bovendien bijdragen aan continuïteit en kwaliteit van zorg.

Tot slot komt de vertrouwensband tussen huisarts en patiënte naar voren als een van de belangrijkste troeven van de huisartsenpraktijk. Het expliciet benoemen van het beroepsgeheim, zeker in gesprekken over seksuele en reproductieve gezondheid, kan bijdragen aan een gevoel van veiligheid en openheid. Door consequent een niet-oordelende, respectvolle en cultuur sensitieve houding aan te nemen, kunnen huisartsen een omgeving creëren waarin vrouwen met een migratieachtergrond zich gehoord voelen en seksuele gezondheid daadwerkelijk bespreekbaar wordt.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Deze studie biedt waardevolle inzichten in de ervaringen van MEM vrouwen bij het bespreken van seksuele en reproductieve gezondheid in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Tegelijk roept zij nieuwe vragen op die verder onderzoek vereisen om ongelijkheden in zorg duurzaam aan te pakken.

Ten eerste is er nood aan onderzoek bij een bredere en meer diverse populatie van vrouwen met een migratieachtergrond. Toekomstig onderzoek zou zich expliciet kunnen richten op vrouwen die minder geïntegreerd zijn, recenter gemigreerd zijn, lager gezondheidsgeletterd zijn of sterkere taalbarrières ervaren, aangezien zij mogelijk andere of meer uitgesproken drempels ondervinden.

Daarnaast verdient het perspectief van adolescenten en jonge vrouwen bijzondere aandacht. De resultaten tonen aan dat jongeren vaak onvoldoende op de hoogte zijn van hun recht op autonome zorg en dat taboes binnen het gezin een belangrijke belemmering vormen. Toekomstig onderzoek zou specifiek kunnen focussen op de ervaringen van adolescente meisjes met een migratieachtergrond, inclusief hun kennis, verwachtingen en noden rond seksuele gezondheid en zorgtoegang, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk.

Verder kan aanvullend onderzoek worden verricht naar de rol van digitale en sociale media als informatiebron. Aangezien vooral jongere vrouwen aangeven sociale media te gebruiken voor informatie over menstruatie, anticonceptie en seksualiteit, is het relevant om te onderzoeken hoe betrouwbaar deze informatie is, hoe vrouwen deze informatie interpreteren en in welke mate dit hun zorg-zoekgedrag beïnvloedt. Dit kan richting geven aan de ontwikkeling van digitale, laagdrempelige en cultureel sensitieve informatiekanalen vanuit de eerstelijnszorg.

Ook de rol van zorgverleners en het zorgteam verdient verdere exploratie. Toekomstig onderzoek kan zich richten op de ervaringen, handelingsverlegenheid en

opleidingsnoden van huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers bij het bespreken van seksuele gezondheid met patiënten met een migratieachtergrond. Dit kan bijdragen aan gerichte bijscholing en ondersteuning binnen huisartsenpraktijken.

Daarnaast is meer onderzoek nodig naar de impact van tolken en interculturele bemiddeling. Hoewel tolkgebruik bedoeld is om toegankelijkheid te vergroten, toont deze studie aan dat de aanwezigheid van een derde persoon soms juist een drempel vormt bij gevoelige gesprekken. Onze studie was te kleinschalig om hier conclusies uit te trekken.

Ten slotte zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op interventiestudies binnen de huisartsenpraktijk. Het effect van concrete praktijkmaatregelen, zoals het standaard integreren van seksuele gezondheid in de anamnese, het expliciet benoemen van het beroepsgeheim, het aanbieden van schriftelijke of digitale informatie of het gebruik van sociale media door huisartsenpraktijken, kan systematisch worden geëvalueerd. Dergelijk onderzoek kan bijdragen aan evidence-based aanbevelingen die huisartsen ondersteunen in het verminderen van ongelijkheden in seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Samengevat biedt dit onderzoek een belangrijke eerste stap, maar verdere studies zijn nodig om de diverse ervaringen van vrouwen met een migratieachtergrond beter te begrijpen en om structurele verbeteringen in de eerstelijnszorg te onderbouwen en te implementeren.

Conclusie

Deze masterproef had tot doel om inzicht te verwerven in de barrières en faciliterende factoren die MEM vrouwen ervaren bij het bespreken van seksuele en reproductieve gezondheid binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk. Aan de hand van semigestructureerde interviews werd nagegaan hoe individuele, culturele, relationele en systeem gebonden factoren deze gesprekken beïnvloeden, en welke aanknopingspunten bestaan om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren.

De resultaten tonen aan dat vrouwen met een migratieachtergrond geconfronteerd worden met een complex en gelaagd geheel van drempels, die zelden op zichzelf staan maar elkaar wederzijds versterken.

Persoonsgebonden factoren zoals verlegenheid, schaamte en beperkte gezondheidskennis spelen een belangrijke rol, en zijn vaak nauw verweven met culturele normen en taboes rond seksualiteit. Tegelijk geven vrouwen aan dat deze drempels kunnen afnemen naarmate zij ouder worden of langer in België verblijven, wat wijst op een dynamisch proces van culturele verschuiving en aanpassing.

Daarnaast bevestigt deze studie het belang van relationele en contextuele factoren. De interviews tonen dat sociale controle binnen de gemeenschap, traditionele genderrollen en de rol van de partner bepalend zijn voor wat als bespreekbaar wordt ervaren.

De huisarts wordt daarbij ervaren als een cruciale vertrouwenspersoon, waarbij beroepsgeheim, een niet-oordelende houding en cultuursensitieve communicatie essentieel zijn om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.

Hoewel beperkte kennis van het zorgsysteem een belangrijke barrière blijft, werd de Vlaamse eerstelijnszorg overwegend als toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief hoogstaand ervaren, zeker in vergelijking met de zorg in het land van herkomst. Deze positieve ervaringen versterken het vertrouwen in de huisarts en creëren kansen om ongelijkheden in seksuele en reproductieve gezondheid te verkleinen.

Samenvattend toont deze studie aan dat de Vlaamse huisartsenpraktijk een belangrijke hefboom vormt om seksuele en reproductieve gezondheidszorg voor vrouwen met een migratieachtergrond toegankelijker en gelijkwaardiger te maken, op voorwaarde dat huisartsen seksuele gezondheid actief normaliseren, bewust omgaan met culturele en communicatieve drempels en inzetten op een veilige, vertrouwensvolle zorgrelatie.

Referenties

1. Health equity [Internet]. [geciteerd 17 september 2024]. Beschikbaar op: https://www.who.int/health-topics/health-equity

2. Coune I, Dauvrin M, Verrept H. Ethealth rapport 2020: Naar een gelijkwaardge gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden [Internet]. Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning; [geciteerd 10 september 2024]. p. 49. Beschikbaar op: https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Ethealth_rapport_2020.pdf

3. International Organization for Migration [Internet]. [geciteerd 17 september 2024]. Migration Health. Beschikbaar op: https://www.iom.int/migration-health

4. Place V, Nabb B, Viksten Assel K, Bäärnhielm S, Dalman C, Hollander AC. Interventions to increase migrants' care-seeking behaviour for stigmatised conditions: a scoping review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021;56(6):913-30. doi:10.1007/s00127-021-02065-1 PubMed PMID: 33778914; PubMed Central PMCID: PMC8192321.

5. Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. BMC Health Services Research. 23 augustus 2017;17(1):588. doi:10.1186/s12913-017-2549-9

6. Vlaanderen.be [Internet]. [geciteerd 10 september 2024]. Bevolking naar herkomst. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-herkomst

7. Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. BMC Public Health. 31 augustus 2012;12(1):726. doi:10.1186/1471-2458-12-726

8. UNDP [Internet]. [geciteerd 17 september 2024]. Goal 5: Gender Equality | United Nations Development Programme. Beschikbaar op: https://www.undp.org/sustainable-development-goals/gender-equality

9. Allotey P, Reidpath DD. Sexual and reproductive health and rights post 2015--challenges and opportunities. BJOG. januari 2015;122(2):152-5. doi:10.1111/1471-0528.13177 PubMed PMID: 25394350.

10. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, e.a. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. IntJ Behav Med. 1 december 2017;24(6):836-45. doi:10.1007/s12529-017-9662-3

11. Tirado V, Chu J, Hanson C, Ekström AM, Kågesten A. Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts

globally: A scoping review. PLOS ONE. 20 juli 2020;15(7):e0236316. doi:10.1371/journal.pone.0236316

12. Tuomainen H, Cross-Bardell L, Bhoday M, Qureshi N, Kai J. Opportunities and challenges for enhancing preconception health in primary care: qualitative study with women from ethnically diverse communities. BMJ Open. 1 juli 2013;3(7):e002977. doi:10.1136/bmjopen-2013-002977 PubMed PMID: 23883884.

13. Barrio-Ruiz C, Ruiz de Viñaspre-Hernandez R, Colaceci S, Juarez-Vela R, Santolalla-Arnedo I, Durante A, e.a. Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. 2024;69(1):71-90. doi:10.1111/jmwh.13545 PubMed PMID: 37531180.

14. Bouaddi O, Zbiri S, Belrhiti Z. Interventions to improve migrants' access to sexual and reproductive health services: a scoping review. BMJ Glob Health. juni 2023;8(6):e011981. doi:10.1136/bmjgh-2023-011981 PubMed PMID: 37311580; PubMed Central PMCID: PMC10277050.

15. Aibangbee M, Micheal S, Mapedzahama V, Liamputtong P, Pithavadian R, Hossain Z, e.a. Migrant and Refugee Youth's Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review to Inform Policies and Programs. Int J Public Health. 2023;68:1605801. doi:10.3389/ijph.2023.1605801 PubMed PMID: 37342678; PubMed Central PMCID: PMC10278890.

16. Rade DA, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual Health Help-Seeking Behavior among Migrants from Sub-Saharan Africa and South East Asia living in High Income Countries: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 22 juni 2018;15(7):1311. doi:10.3390/ijerph15071311 PubMed PMID: 29932158; PubMed Central PMCID: PMC6069090.

Bijlagen

Bijlage 1: interviewgids

Patiënt nr. _____ Datum: _____

Introductie	Ik ben _____, huisarts in opleiding en ik voer een onderzoek uit naar hoe vrouwen met een migratieachtergrond naar seksuele gezondheid kijken
Nut van het interview	Er is nog te weinig geweten over de barrières en faciliterende factoren die vrouwen met een migratieachtergrond ervaren in verband met het spreken over seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is om hier een beter inzicht in te krijgen en verder onderzoek hiernaar te ondersteunen.
Inhoud van het interview	In dit gesprek zal ik het met jullie hebben over jullie ervaringen met spreken over seksuele gezondheid
Tijdsduur	Het gesprek zal 60-90min in beslag nemen
Opname en aantekeningen	Tijdens het gesprek zal geluid worden opgenomen. Ik zal ook af en toe aantekeningen maken.
Verwerking gegevens	De opname zal worden neergeschreven en nadien verwijderd
Anonimiteit	De verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld. De resultaten zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties, waarbij de resultaten zo worden weergegeven dat anonimiteit wordt verzekerd
Inleiding	• Waar haal jij jouw informatie rond seksuele gezondheid? (menstruatie, anticonceptie, zwangerschap,menopauze,...)
Percepties	• Hoe wordt seksuele gezondheid gezien in jouw o Gemeenschap/cultuur o Gezin (ouders, partner, kinderen..) o Naaste omgeving • Wat zijn de zaken die jullie wel/niet bespreken? Waarom is dat? • Wat zijn verschillen die je hebt opgemerkt in het omgaan met/opvattingen rond seksuele gezondheid in Vlaanderen tegenover bij jezelf of in cultuur?
Seksuele gezondheid in het thuisland	• Heb je ervaring met seksuele en reproductieve gezondheidszorg in jouw thuisland? o Wat zijn de verschillen met de zorg hier? o Verkies jij de zorg in jouw thuisland boven de zorg hier? Waarom wel/niet? o Consulteer je soms nog de gezondheidszorg in jouw thuisland met vragen/problemen rond seksuele gezondheid?
Rol van de huisarts	• Weet jij waarvoor je in Vlaanderen terecht kan bij je huisarts? Heb je dit ooit al eens gedaan? Waarom wel/niet? o Preventieve onderzoeken: uitstrijkje, mammografie o Anticonceptie o Preconceptie o Zwangerschapsbegeleiding o Vragen rond menstruatie/menopauze o Seksueel overdraagbare aandoeningen en genitale klachten o Vragen rond seksuele beleving/problemen

	• Ben je buiten bij jouw huisarts, bij een andere gezondheidswerker geweest hiervoor? Bij wie? Waarom daar?
Ervaringen	• Hoe is jouw ervaring met het bespreken van seksuele gezondheid met de huisarts? o Heb je het gevoel dat je alles begrepen hebt wat er besproken is? o Had je het gevoel dat je verder bent geholpen? Waarom wel/niet? o Was er sprake van een gedeelde beslissing in jouw verdere zorg? o Had je het gevoel dat er rekening werd gehouden met je geloof/ etniciteit?
Communicatie	• Was je alleen op consultatie of had je iemand mee om te vertalen? o Wie had je mee om te vertalen? o Hoe voelde je erbij dat er iemand bij was om te vertalen? o Heb je het gevoel dat je de Nederlandse taal voldoende beheerst om je uit te drukken? • Heb je ooit al een consultatie gedaan met een tolk/intercultureel bemiddelaar? o Hoe heb je dit ervaren? o Zijn er dingen die belangrijk zijn voor jou bij het gebruik maken van een tolk (bv. geslacht, voorafgaande toestemming,..) • Op welke manier gebeurt de communicatie in jouw huisartsenpraktijk (sms, mail, nieuwsbrief, flyers,..) o Wat vind je goed of minder goed? Waarom?
Ongelijkheid in gezondheid en zorg	• Zijn er nog andere zaken die het voor jou moeilijk maken om langs te gaan bij de huisarts om jouw seksuele gezondheid te bespreken (geslacht, vooroordelen, discriminatie, cultuurverschil,..)? o Hoe zou dit beter kunnen voor jou? • Wat zijn de dingen die het voor jou gemakkelijker maken om langs te gaan bij de huisarts? • Speelt het geslacht van de huisarts een rol? • Speelt de cultuur/achtergrond/geloofsovertuiging een rol?
Slotvraag	• Zijn er nog andere zaken die je wil vermelden die invloed hebben op het spreken over seksuele gezondheid met de huisarts?
Afsluiting	
Toevoegingen	Willen jullie nog iets toevoegen aan het gesprek?
Bedanking	Heel erg bedankt voor jullie medewerking
Mening	Wat vonden jullie van het gesprek?
Contactgegevens	Ik zal jullie mijn mailadres meegegeven zodat jullie me kunnen bereiken met vragen of als jullie nog iets willen toevoegen
Publicatie	Willen jullie graag op de hoogte worden gehouden als de resultaten worden gepubliceerd?

Bijlage 2: Verkennend literatuur onderzoek

Het verkennend literatuuronderzoek had als doel een breed inzicht te verwerven in de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen met een migratieachtergrond, met specifiek aandacht voor:

- Barrières en faciliterende factoren bij toegang tot seksuele gezondheidszorg
- Help-seeking behaviour van migranten in Westerse gezondheidszorg
- Culturele, structurele en individuele determinanten van zorggebruik

De inzichten uit dit onderzoek vormden de basis voor het verfijnen van de onderzoeksvraag, het bepalen van de concepten en thema's die relevant zijn voor je kwalitatieve studie en het onderbouwen van de inleiding van de thesis.

Zoekstrategie

Voor het verkennend literatuuronderzoek werd gebruikgemaakt van een combinatie van PubMed, Google Scholar en grey literature.

PubMed vormde de kern van de systematische zoekstrategie, waarbij MeSH-termen en synoniemen werden gecombineerd om literatuur te identificeren over (a) migratie en etniciteit, (b) seksuele en reproductieve gezondheid (SRH) en (c) barrières en hulpzoekgedrag. Dit omvatte onder andere termen zoals "Ethnicity", "Refugees", "Transients and Migrants", "Sexual Health", "Reproductive Health Services" en "help-seeking behavior" OR "barriers".

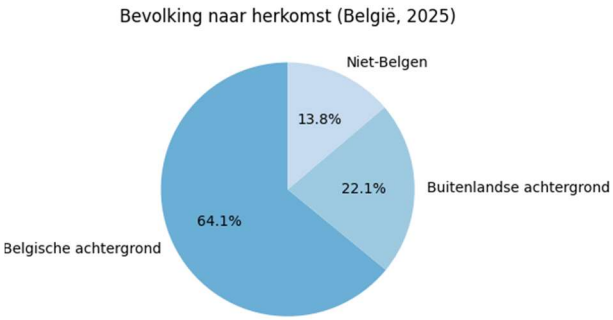
Tijdens het iteratieve zoekproces werd duidelijk dat de toevoeging van "Women" als MeSH-term te restrictief werkte, waardoor mogelijk relevante studies werden uitgesloten. Daarom werd de genderrestrictie verwijderd en werd verder gefilterd via een tijdsvenster van de laatste tien jaar en via inhoudelijke termen rond hulpzoekgedrag en barrières. De strategie werd aangevuld via snowballing en exploratieve zoekopdrachten in Google Scholar, vooral voor sociaalwetenschappelijke en cultureel georiënteerde literatuur. Daarnaast werden diverse vormen van grey literature geïntegreerd, waaronder WHO-rapporten, beleidsdocumenten zoals het ETHEALTH-rapport en Vlaamse gezondheidsstatistieken, die noodzakelijke context boden rond gezondheidsongelijkheid en zorgtoegankelijkheid in migrantenpopulaties.

Bevindingen van de literatuurstudie

Demografische gegevens

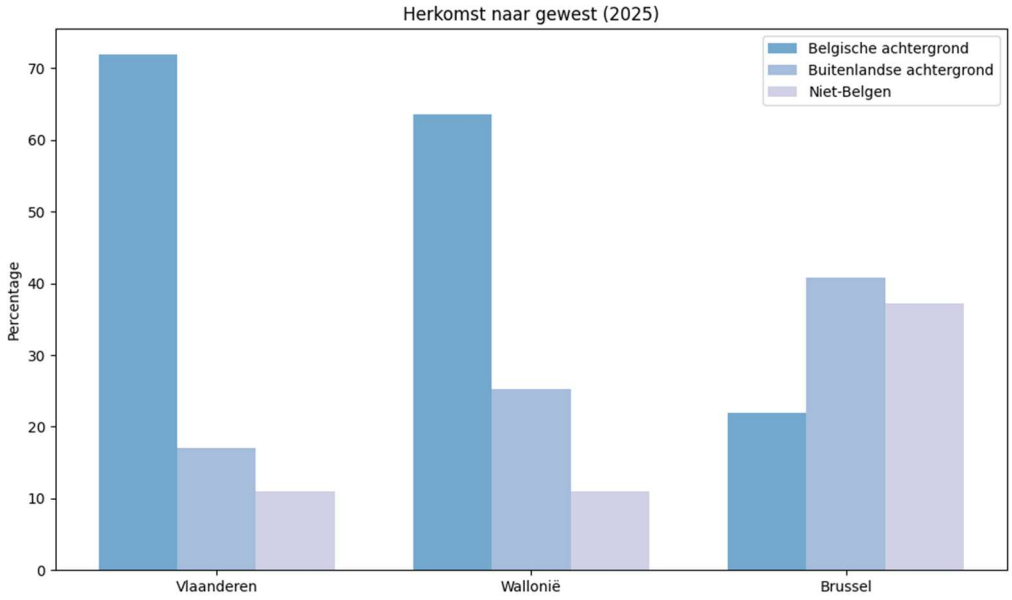
België wordt steeds diverser: in 2025 had 36% van de bevolking een buitenlandse herkomst, terwijl 64% nog tot de groep Belgen met Belgische achtergrond behoort. Dit

aandeel daalde van 79% in 2005 naar 64% in 2025, wat de sterke groei in herkomstdiversiteit illustreert.



Figuur 1: Deze grafiek toont het aandeel inwoners met Belgische achtergrond, buitenlandse achtergrond en niet-Belgen in België op 1 januari 2025.

De regionale verschillen zijn groot: Brussel is het meest divers met slechts 22% inwoners met een Belgische achtergrond en 40,8% met buitenlandse roots, terwijl Vlaanderen (71,9% Belgische achtergrond) en Wallonië (63,6%) minder divers zijn. Buitenlandse herkomst betekent bovendien niet noodzakelijk migratie: 68,4% van de Belgen met een buitenlandse achtergrond is in België geboren. De diversiteit is het sterkst bij jongeren, bij 0–17-jarigen heeft al bijna de helft een buitenlandse herkomst, waardoor deze trend zich de komende jaren waarschijnlijk verder inzet (6).



Figuur 2: Deze figuur vergelijkt de herkomstverdeling in Vlaanderen, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Barrières en faciliterende factoren in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg

Uit de literatuur kwamen consistente patronen naar voren die wijzen op een aanzienlijke ongelijkheid in seksuele en reproductieve gezondheidsuitkomsten tussen autochtone en MEM vrouwen. MEM vrouwen consulteren minder frequent voor seksuele gezondheidsproblemen, ondanks een vaak grotere kwetsbaarheid en zorgbehoefte. Verschillende groepen barrières spelen hierbij een rol.

Ten eerste tonen studies dat individuele barrières zoals beperkte kennis over het zorgsysteem, lage gezondheidsvaardigheden, onvoldoende kennis over SRH en taalproblemen een belangrijke rol spelen. Deze factoren bemoeilijken zowel het herkennen van een zorgbehoefte als het daadwerkelijk zoeken van hulp, en gaan vaak gepaard met schaamte, stigma en wantrouwen ten aanzien van zorgverleners.

Daarnaast werden interpersoonlijke en culturele barrières duidelijk geïdentificeerd. Seksuele gezondheid is in veel migrantengemeenschappen sterk omgeven door taboevorming, religieuze gevoeligheden en sociale controle, waardoor vrouwen vrezen voor oordeel, reputatieschade of sociale uitsluiting bij het bespreken van seksuele problemen. Dit kan ook leiden tot afhankelijkheid van de mannelijke partner bij zorgbeslissingen, wat toegang verder bemoeilijkt. Culturele verwachtingen beïnvloeden bovendien de voorkeur voor vrouwelijke zorgverleners en het vermijden van zorg wanneer er tolken uit dezelfde gemeenschap aanwezig zouden zijn.

Ook zorgverlener-gerelateerde barrières spelen een belangrijke rol. Migrantenvrouwen rapporteren ervaringen van gebrek aan culturele sensitiviteit, negatieve attitudes, beperkte tijd voor uitleg en problemen met tolkgebruik. In sommige gevallen werd discriminatie of veronderstelde stereotypering (bijvoorbeeld rond HIV) gerapporteerd, waardoor vertrouwen en zorggebruik verder worden ondermijnd.

Verder tonen de bevindingen dat structurele barrières zoals financiële drempels, onduidelijkheid over verzekeringsrechten, wachttijden, locatie van diensten en gebrek aan privacy de toegang sterk beperken. Zo vormt de kostprijs van screenings (bijv. HIV-testing) een directe hindernis, net als bijkomende kosten zoals transport of kinderopvang. Voor ongedocumenteerde migranten vormt beperkte toegang tot reguliere zorg een extra risico.

Tegelijk identificeert de literatuur verschillende faciliterende factoren: een vertrouwensrelatie met een zorgverlener, empathische communicatie, voldoende tijd voor uitleg, culturele competentie, correcte en laagdrempelige informatie, sociale steun en de mogelijkheid tot anonieme hulpverlening bevorderen effectief zorggebruik. Migranten geven een duidelijke voorkeur aan informatie van professionele bronnen zoals artsen, al wordt die niet altijd vlot bereikt. De brede diversiteit van informatiekanalen

(media, internet, peers) toont de nood aan betrouwbare en cultureel gepaste informatievoorziening

De bevindingen van de literatuurstudie tonen aan dat vrouwen met een migratieachtergrond geconfronteerd worden met een complex geheel aan drempels bij het zoeken van seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Hoewel de literatuur inzicht biedt in de brede categorieën van obstakels en ondersteunende factoren, valt op dat weinig studies specifiek focussen op hoe deze barrières zich manifesteren binnen de eerstelijnszorg en er geen studies zijn die specifiek focussen op de Vlaamse huisartsenpraktijk. Tegelijk wordt duidelijk dat bepaalde faciliterende elementen zoals een vertrouwensvolle relatie met de arts, toegankelijke en cultuur-sensitieve communicatie, voldoende tijd en empathie, en het aanbieden van begrijpelijke informatie een aanzienlijk verschil kunnen maken voor de toegankelijkheid van SRH-zorg voor MEM vrouwen. De huidige literatuur formuleert echter weinig concrete aanbevelingen over hoe deze inzichten vertaald kunnen worden naar de praktijkvoering van huisartsen, en nog minder over hoe een seksueel gezondheidsconsult op maat van vrouwen met een migratieachtergrond idealiter wordt vormgegeven. Deze vaststellingen onderbouwen rechtstreeks de noodzaak van het huidige onderzoek.

Bijlage 3: Demografische gegevens

Vragenlijst voor patiënten

1) Wat is jouw leeftijd? ____ jaar

2) Wat is jouw geboorteland? _____

   a. Indien niet België, hoe lang ben jij al in België? ____ jaar OF ____ maanden

   b. Tot welke bevolkingsgroep/ cultuur _____

   c. Heb je een bepaalde religie/ geloofsovertuiging _____

3) Welke taal/talen spreek jij? _____

   _____

   _____

   _____

   _____

4) Wat is jouw hoogst behaalde diploma?
   - Geen diploma
   - Lager onderwijs
   - Secundair onderwijs
   - Hoge school (Bachelor)
   - Universitair (Master)

5) Wat is jouw huidige gezinssamenstelling?
   - Getrouwd
   - Gescheiden
   - Samenwonend
   - Alleenstaande

6) Heb jij kinderen? Ja / Nee
   Indien ja, hoeveel?_____

7) Indien je kinderen hebt, hoeveel van jouw zwangerschappen vonden plaats in België? _____

Bijlage 4: Adressen huisartsenpraktijken

- Medi-mine, Buitenlaan 11/1, 3500 Genk;
- Huisartsen Herk, Sint-Truidersteenweg 61/1, 3540 Herk-de-Stad;
- WGC Zuidrand, Berendrechtstraat 33, 2020 Antwerpen;
- Praktijk 't Hof, Aakstraat 2, 2040 Zandvliet

Bijlage 5: Goedkeuring Ethische comissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP033436
Uw kenmerk: Masterproef studie: Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts in verband met seksuele gezondheid bij vrouwen met een migratieachtergrond **Leuven,** 27-11-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr. Apr. Marie Van de Putte
Geachte Elise Olieslagers, Joke Schaekers

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 27-11-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het gaat om een prospectieve studie waarbij interviews zullen worden afgenomen bij vrouwen met een migratie-achtergrond, over hun ideeën over seksuele gezondheid, en de mate waarin ze denken dat ze voor vragen rond dit onderwerp terecht kunnen bij hun huisarts. De studenten zijn huisartsen in opleiding, de 2 promotoren zijn resp. huisarts en apotheker. De studie is goed opgesteld. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 26-11-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de OnderwijsBegeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening
Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP033436
Your reference: Master's thesis study: Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts in verband met seksuele gezondheid bij vrouwen met een migratieachtergrond **Leuven,** 27-11-2024

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Dr. Apr. Marie Van de Putte
Dear Elise Olieslagers, Joke Schaekers

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to conducting the proposed study, as it was described in the protocol. After a thorough ethical review, the Commission found no concerns regarding the study. The study was approved on 27-11-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het gaat om een prospectieve studie waarbij interviews zullen worden afgenomen bij vrouwen met een migratie-achtergrond, over hun ideeën over seksuele gezondheid, en de mate waarin ze denken dat ze voor vragen rond dit onderwerp terecht kunnen bij hun huisarts. De studenten zijn huisartsen in opleiding, de 2 promotoren zijn resp. huisarts en apotheker. De studie is goed opgesteld. Er zijn geen bezwaren.

The Committee has no objection to the project provided that the data are handled confidentially and there is compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven reminds the principal investigator/promotor of the study of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This letter of no objection concerns the submission of 26-11-2024v and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the

protocol will invalidate this advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file must be submitted.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Yours sincerely,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

EC Research emphasizes that GCP-training is expected from every principal investigator. EC Research refers also to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical departmental board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

This opinion from EC Research does not imply that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc. You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 6: Ethisch protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://gbiomed.kuleuven.be/nl/obc/documenten).

Bij het indienen van dit protocol bij de OBC worden de **vereisten** met betrekking tot dataverwerking van de **AVG** (Algemene Verordening Gegevensbescherming) **getoetst**. Wanneer goedkeuring verleend wordt door de OBC is er **geen** aparte **privacy evaluatie** nodig. Indien deze template wordt gebruikt om het protocol in te dienen bij **EC Onderzoek** (en niet OBC) is het echter nodig om ook de **privacy toets** te doen op www.kuleuven.be/pret.

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document.(https://gbiomed.kuleuven.be/english/obc/documents-templates)

When submitting this protocol to the OBC, the data processing **requirements** of the **GDPR** (General Data Protection Regulation) **are checked**. When approval is granted by the OBC, **no** separate **privacy evaluation** is **required**. However, if this template is used to submit the protocol to **EC Research** (and not OBC), it is also **necessary** to do the **privacy screening** at www.kuleuven.be/pret.

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

Version 1: Date submission	Date: 29/10/2024
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date: 26/11/2024
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Marie Van de Putte (Phd, Apotheker, AAP aan KU Leuven)**
	Telephone: 04 86 83 54 20
	E-mail: marie.vandeputte@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ✕ NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES ✕	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Annelies Van Raemdonck (Huisarts)**
	Telephone: 016 32 54 54
	E-mail: annelies.vanraemdonck@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ✕ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Elise Olieslagers (Huisarts in opleiding)**
	Student number: R0262900
	Telephone: 04 92 42 34 96
	E-mail: elise_olieslagers@hotmail.com
	Name: Joke Schaekers (Huisarts in opleiding)
	Student number: R0720249
	Telephone: 04 79 90 78 32
	E-mail: dr.joke.schaekers@gmail.com

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References should be added at the end of this template.

Gezondheid en gezondheidsgelijkheid worden bepaald door verschillende sociale, biologische en structurele determinanten. Een ongelijke verdeling van deze determinanten kan leiden tot ongelijkheden in gezondheid, ook het health equity gap genoemd. (*Health Equity*, z.d.)

De stijgende trend in migratie valt samen met de groeiende erkenning van migratie als sociaal bepalende factor voor de gezondheid. Migratie is een wereldwijd fenomeen met bijna 281 miljoen internationale migranten (UNDESA, 2020). Deze populatie wordt geconfronteerd met veel obstakels bij het verkrijgen van essentiële gezondheidszorg vanwege een aantal factoren, waaronder een onregelmatige immigratiestatus, taalbarrières, een gebrek aan migrant-inclusieve gezondheidsbeleid en ontoegankelijkheid van de zorg. Ook wanneer de hulpverlener geen kennis heeft van, of geen rekening houdt met de waarden en overtuigingen van migranten en etnische minderheidsgroepen (MEM) is het mogelijk dat het zorgproces moeizamer verloopt. (*Ethealth_rapport_2020.pdf*, z.d.; *Migration Health*, z.d.; Place et al., 2021).

Die ontoegankelijkheid tot zorg blijkt ook uit gegevens van verschillende EU-landen waar gezien wordt dat migranten doorgaans meer afhankelijk zijn van spoedeisende hulpdiensten, vanwege de ontoereikende toegang tot andere diensten, zoals eerstelijns- en/of specialistische zorg. (Rosano et al., 2017)

In België zien we ook een groeiend aandeel migranten. Voor het Vlaamse Gewest gaat het over bijna 1.856.500 personen van buitenlandse afkomst, dit is 27% van de totale wettelijke bevolking, in begin 2024. Hiervan zijn ongeveer 6 op de 10 personen afkomstig uit een land buiten de EU27. (*Bevolking naar herkomst*, z.d.).

In België roept de gezondheidsstatus van migranten en etnische minderheidsgroepen (MEM) een paradox op. Enerzijds zien we een lagere prevalentie van sommige kankers en een lagere alcoholconsumptie vergeleken met Belgen. Anderzijds ervaren MEM vaak een slechtere gezondheidsstatus dan autochtone Belgen. (Dauvrin et al., 2012) Uit het Ethealth rapport van 2020 blijkt dat MEM een verhoogd risico hebben op levensstijl aandoeningen en dat de opvolging van bepaalde chronische ziekten vaak gebrekkig verloopt. (*Ethealth_rapport_2020.pdf*, z.d.) Preventiediensten blijken in België minder toegankelijk voor niet-Europese migranten in vergelijking met andere Europese landen. Deze vaststellingen verklaren mee de hardnekkige socio-economische gezondheidsongelijkheid, die zich zowel in verschillen van levensduur als in verschillen in gezonde levensjaren uit. (Rosano et al., 2017). Tot nu toe heeft België etnische gezondheidsverschillen slechts in beperkte mate aangepakt. Hoewel België alle Europese richtlijnen ter verbetering van de gezondheid van MEM in zijn wetgeving heeft opgenomen, is de inzet voor diversiteit vrij zwak. (Dauvrin et al., 2012)

Daarbovenop is de discriminatie van vrouwelijke MEM in de gezondheidszorg dubbel: enerzijds op basis van hun geslacht anderzijds op basis van het feit dat ze MEM zijn. (*Ethealth_rapport_2020.pdf*, z.d.). Gendergelijkheid is niet alleen een fundamenteel mensenrecht, maar ook een noodzakelijke basis voor een vreedzame, welvarende en duurzame wereld. Het WHO Global Action Plan maakt daarom speciaal melding van het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van vrouwen, gezien het aanzienlijke bewijs van aanhoudende genderongelijkheid in de kwaliteit van de gezondheidszorg in zowel landen met minder als met meer middelen. Daaronder valt ook universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en reproductieve rechten.

(*Goal 5*, z.d.)

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert seksuele gezondheid als “een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn gerelateerd aan seksualiteit; het is niet alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek”. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle individuen worden gerespecteerd, beschermd en vervuld. (*Sexual and Reproductive Health and Rights*, z.d.)

Onder een aantal anderstalige migranten en vluchtelingenpopulaties die zich in het Westen hebben gevestigd, is de kennis en het gebruik van preventieve seksuele gezondheidsmaatregelen echter slecht. Hierdoor lopen migranten- en vluchtelingenvrouwen risico op slechtere uitkomsten op vlak van seksuele en reproductieve gezondheid. (Metusela et al., 2017)

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de seksuele gezondheid van migranten- en vluchtelingenvrouwen negatief kan worden beïnvloed door uitdagingen die ze ervaren door migratie of ontheemding. Vóór de migratie is er vaak beperkte gelegenheid om te leren over seksuele gezondheid vanwege de slechte toegang tot gezondheidsdiensten en informatie. Onder vrouwen wordt vaak een lage prioriteit gegeven aan seksuele gezondheidsbehoeften vanwege de uitdagingen van hervestiging, en de beperkte kennis van gezondheidsbronnen en -diensten in het gastland. Dit kan resulteren in slechte kennis over seksuele gezondheid. Verder is kennis voornamelijk afkomstig van leeftijdsgenoten, de media, tijdschriften en andere informele bronnen, waardoor onjuiste kennis en mythes onder gemeenschapsleden in stand kunnen worden gehouden. (Metusela et al., 2017)

Ervaringen met gedwongen migratie kunnen een verdere impact hebben bij personen op hun vermogen om te onderhandelen en beslissingen te nemen met betrekking tot hun lichaam en seksuele relaties, waardoor ze het risico lopen op seksueel geweld, HIV en andere seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschappen, onveilige abortussen en vermijdbare moedersterfte. (Tirado et al., 2020)

Uit een internationaal onderzoek onder vrouwen uit migrantengemeenschappen bleek dat er weinig bewustzijn is rond preconceptionele gezondheid of voorbereiding op een zwangerschap, er werden meer ongeplande zwangerschappen gezien en men zag ook een zeker taboe rond het bespreken van pogingen tot zwanger worden onder deze vrouwen. (Tuomainen et al., 2013)

Er is behoefte aan meer inzicht in de sociaal-culturele barrières bij zorgverleners en patiënten zodat seksuele en reproductieve gezondheidszorg kan geboden worden die gericht is op vrouwen rekening houdend met hun culturele achtergrond. (Barrio-Ruiz et al., 2024; Metusela et al., 2017)

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

Door te peilen naar de ervaring met seksuele en reproductieve zorg van vrouwelijke MEM in de Vlaamse huisartsenpraktijk, trachten we de barrières en faciliterende factoren te identificeren die vrouwen ervaren om zo tot meer gerichte aanbevelingen te komen om seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk meer toegankelijk te maken voor MEM.

Onderzoeksvraag 1: Welke barrières en faciliterende factoren ondervinden vrouwen met een migratieachtergrond bij het bespreken van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk?

Onderzoeksvraag 2: Welke aanbevelingen kunnen we doen op basis van de geïdentificeerde barrières en faciliterende factoren naar de ontwikkeling van een toekomstig seksueel consult voor vrouwen met een migratieachtergrond?

4. RESEARCH METHOD

Present the interview and explain potential ethical implications of the planned methodology.

De focus van deze masterthesis ligt op het seksuele gezondheidscontact bij MEM vrouwen. We hebben gekozen om te werken met individuele semi-gestructureerde interviews om een diepgaande en bottom-up evaluatie te bekomen van de barrières en faciliterende factoren bij de vrouwen die behoren tot onze gekozen populatie. Zo nodig gaan we een officiële interculturele bemiddelaar met geheimhoudingsplicht betrekken bij de gesprekken. Dit zorgt ervoor dat bij taalbarrière toch de nodige informatie kan bekomen worden. Demografische gegevens worden verzameld aan de hand van een vragenlijst (annex 3) Tijdens de interviews worden audio-opnames gemaakt. De leidraad voor het interview wordt in annex 2 bijgevoegd.

Data-analyse zal gebeuren volgens de QUAGOL (Qualitative analysis guide of Leuven). Eerst worden de interviews ad verbatim uitgeschreven op basis van de audio-opnames. Deze transcripten zullen dan georganiseerd, gecodeerd en geanalyseerd worden met het computerprogramma NVivo. De demografische gegevens worden op een kwantitatieve beschrijvende manier geanalyseerd.

De data zullen met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden en op een beveiligd platform bewaard worden (OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven).

Ethische implicaties:

- Belasting voor de vrouwen: Deelnemers moeten zich niet voorbereiden. We proberen de duur van het interview te beperken tot 60-90min.
- Het onderwerp: Het is een onderwerp dat zich in de taboesfeer bevindt. Bevragen van seksuele gezondheid kan ervaren worden als invasie van hun privacy. Daarom gaan we zeer zorgvuldig om met deze informatie door pseudonimisatie.. We zorgen voor een private ruimte waar we niet gestoord of gehoord worden door anderen.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

Inclusiecriteria:

- Vrouwen van ≥ 18 jaar
- 1e generatie: vrouwen met migratieachtergrond, vrouwen die zelf verhuisd zijn van een land buiten de Europese Unie naar België
- 2e generatie: dochters van ouders die migreerden vanuit een niet-Europees land of Turkije

Exclusiecriteria:

- Mannen
- Vrouwen zonder migratieachtergrond
- Vrouwen <18 jaar

5.2 Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent re-identification.

Het doel is om 15-20 vrouwen binnen onze doelgroep te rekruteren voor de individuele semi-gestructureerde interviews. Deze steekproef is in een pragmatische convenience sample gezien dit onderzoek vooral wil bijdragen aan verder onderzoek in de algemene populatie.

Tijdens het interview worden geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie, waarna de opnames verwijderd zullen worden. Tijdens de verwerking van de gegevens wordt ervoor gezorgd dat er niet kan worden teruggekoppeld naar de participanten. Antwoorden worden na transcriptie gepseudonimiseerd. We stellen een afzonderlijk bestand op waarbij we de link tussen de identiteit van de betrokkenen en het pseudoniem noteren. Alleen de onderzoekers kunnen ten allen tijde aan de oorspronkelijke data en identiteit van de betrokkene. Alle bestanden worden opgeslagen op OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of the informed consent form.

Studenten of hun collega huisartsen zullen de deelnemers persoonlijk / via nieuwsbrief van praktijk / sociale media / posters in wachtzaal en organisaties uitnodigen tot deelname aan de studie. Om tot een voldoende grote steekproef te komen zullen we vrouwen rekruteren in de huisartsenpraktijken waar we

als HAIO gewerkt hebben of aan het werk zijn (Medi-mine, Buitenlaan 11/1, 3500 Genk; Huisartsen Herk, Sint-Truidersteenweg 61/1, 3540 Herk-de-Stad; WGC Zuidrand, Berendrechtstraat 33, 2020 Antwerpen; Praktijk 't Hof Aakstraat 2, 2040 Zandvliet). Met persoonlijk aanspreken zullen de artsen of medewerkers de personen aanspreken. Anderzijds zullen we een uitnodiging tot deelname includeren in de nieuwsbrief van de huisartsenpraktijk (indien de praktijk deze heeft). Ook op de sociale media van de huisartsenpraktijken wordt er informatie vermeldt waarna mensen contact kunnen opnemen indien ze wensen deel te nemen. Verder zullen we flyers en posters in de wachtzaal van de huisartsenpraktijken of socio-culturele organisaties leggen/ophangen. Huisartsenpraktijken in de regio met een patiëntenpopulatie die behoort tot onze onderzoeksgroep, zullen worden aangeschreven en worden gevraagd om patiënten met een patiëntenprofiel dat past binnen onze onderzoek, te informeren over de studie en de contactgegevens van de onderzoekers te bezorgen indien zij geïnteresseerd zouden zijn in deelname aan de studie. Sociaal-culturele organisaties zullen worden aangeschreven en worden gevraagd om patiënten met een patiëntenprofiel dat past binnen onze onderzoek, te informeren over de studie en de contactgegevens van de onderzoekers te bezorgen indien zij geïnteresseerd zouden zijn in deelname aan de studie. De contactgegevens van de onderzoekers zullen bezorgd worden aan de vrouwen die deelnemen aan het onderzoek. Er wordt gevraagd of zij binnen hun gemeenschap of kenniskring nog kandidaten kennen die voldoen aan de inclusiecriteria, met de vraag om contact op te nemen met de onderzoekers indien zij wensen deel te nemen. Demografische gegevens van deelnemers zullen op de volgende manier verkregen worden: we zullen werken met een digitaal formulier waarin we de nodige gegevens verzamelen, anderzijds zal er ook een analoog formulier worden aangeboden (annex 3). Door dit formulier in te vullen stemmen de vrouwen in dat we hen contacteren om een interview in te plannen. De geïnformeerde toestemming (ICF, annex 1) wordt aan het begin van het individueel getekend. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens.

Ook wordt in het ICF expliciet vermeld dat er audio-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview. Bij de start van het interview zal de onderzoeker het ICF nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker in persoon of via mail, zal het interview van start gaan. Zowel in het ICF als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio-fragmenten - van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

5.4 Expected duration

Specify the expected duration of the whole study, and define the beginning and ending of the study for the study participant.

Recruitering van deelnemers zal starten na goedkeuring van de ethische commissie. De interviews zullen ten laatste in december 2025 worden afgenomen. De studie zal afgerond zijn april 2026.

Deelnemers dienen eenmalig deel te nemen in een individueel interview op een vooraf afgesproken datum. De duur van het interview ligt rond 60-90 minuten, afhankelijk van de diepgang en de discussie die ontstaat. Er wordt geen verdere follow-up verwacht van de deelnemers.

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

Data-analyse zal gebeuren volgens de QUAGOL (qualitative analysis guide of Leuven). Eerst worden de interviews ad verbatim uitgeschreven op basis van de audio-opnames. Deze transcripten zullen dan georganiseerd, gecodeerd en geanalyseerd worden met het computerprogramma NVivo.

De demografische gegevens worden op een kwantitatieve beschrijvende manier geanalyseerd.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. pseudonymisation), how the data is safely stored, how the data is safely shared and what will happen to the data at the end of the project.

De kwalitatieve data van de semi-gestructureerde interviews zal gepseudonimiseerd worden. We stellen een afzonderlijk bestand op waarbij we de link tussen de identiteit van de betrokkenen en het pseudoniem noteren. Alleen de onderzoekers kunnen ten allen tijde aan de oorspronkelijke data en identiteit van de betrokkene. Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een interview informatie rond de barrières en faciliterende factoren in verband met het spreken over seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker(s). De interview opnames en de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een gepseudonimiseerde wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden

wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripties aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

De codeersleutel voor pseudonimisatie zal bewaard worden op een andere computer/laptop dan die waarop de verzamelde data wordt bewaard.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van:

- ~~Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider~~
- ~~REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven~~
- OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven
- ~~Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, ...)~~
- ~~Andere, mits beargumentering, namelijk: .....~~

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis,* ***the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected*** *and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is* ***relevant*** *and* ***necessary*** *for his / her Master's thesis;*

- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*

- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*

- *He / she will handle with **care and responsibility** the information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor. He/she will use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.*

- *If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she will **never store the key or encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymised data.*

- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive** (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) **or WeTransfer will be avoided at all times**.*

- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*

- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*

- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. ***No separate privacy application should be submitted for this type of studies.***

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the ICF to the participants.

Onze participanten lopen geen risico's door deel te nemen aan deze studie. Het onderzoek bestaat volledig uit interviews met patiënten, waarna de gegevens van hun antwoorden verwerkt worden. De gegevens worden gepseudonimiseerd in de verwerking van de data, zodat de participanten niet herkend kunnen worden in de resultaten van het onderzoek.

Contactgegevens van promotoren/co-promotor en studenten zijn toegevoegd in het ICF.

9. APPROVAL

Data can only be collected in an institution if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval.

/

*Indien van toepassing: Voorbeeldtekst die je mag gebruiken (**vul aan met de naam van de organisatie**):*

Hierbij bevestigen we dat de gegevensverzameling wordt uitgevoerd met goedkeuring van het hoofd van de respectieve eenheid (eenheden) of afdeling (afdelingen) waar de gegevensverzameling plaatsvindt, namelijk [organisatie].

.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references here

Barrio-Ruiz, C., Ruiz de Viñaspre-Hernandez, R., Colaceci, S., Juarez-Vela, R., Santolalla-Arnedo, I., Durante, A., & Di Nitto, M. (2024). Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *69*(1), 71-90. https://doi.org/10.1111/jmwh.13545

Bevolking naar herkomst. (z.d.). Vlaanderen.be. Geraadpleegd 10 september 2024, van https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-herkomst

Dauvrin, M., Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. (2012). Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: The case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health*, *12*(1), 726. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-726

Ethealth_rapport_2020.pdf. (z.d.). Geraadpleegd 10 september 2024, van https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Ethealth_rapport_2020.pdf

Goal 5: Gender Equality | United Nations Development Programme. (z.d.). UNDP. Geraadpleegd 17 september 2024, van https://www.undp.org/sustainable-development-goals/gender-equality

Health equity. (z.d.). Geraadpleegd 17 september 2024, van https://www.who.int/health-topics/health-equity

Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, *24*(6), 836-845. https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3

Migration Health. (z.d.). International Organization for Migration. Geraadpleegd 17 september 2024, van https://www.iom.int/migration-health

Place, V., Nabb, B., Viksten Assel, K., Bäärnhielm, S., Dalman, C., & Hollander, A.-C. (2021). Interventions to increase migrants' care-seeking behaviour for stigmatised conditions: A scoping review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(6), 913-930. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02065-1

Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 588. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9

Sexual and reproductive health and rights. (z.d.). Geraadpleegd 17 september 2024, van https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights

Tirado, V., Chu, J., Hanson, C., Ekström, A. M., & Kågesten, A. (2020). Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts globally: A scoping review. *PLOS ONE*, *15*(7), e0236316.

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236316

Tuomainen, H., Cross-Bardell, L., Bhoday, M., Qureshi, N., & Kai, J. (2013). Opportunities and challenges for enhancing preconception health in primary care: Qualitative study with women from ethnically diverse communities. *BMJ Open*, *3*(7), e002977. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002977

13. ANNEXES

1. *A template of the **ICF** has been developed and is available on Documenten OBC — Groep Biomedische Wetenschappen (kuleuven.be). This must be used as a basis and adapted where necessary.*

   In case an alternative template is being used, a motivation should be provided here.

2. *Please add the **interview guideline**. An approval will not be given if an application doesn't contain the interview guideline.*

3. *Every **advertisement, flyer, poster**, etc. that will be used in the study should be added.*
   *If recruitment will be done through **social media** or by **mail**, please also add the text or illustration that will be used.*

4. *Other (if applicable)*

ANNEX 1 :ICF

Instructies1 voor een goed gebruik van het model voor het Informatie- en toestemmingsformulier voor vragenlijsten en interviewstudies bij volwassenen

Opmaak van het Informed Consent Formulier (of "ICF")

[1] In het model verwijst de rood gedrukte tekst naar instructies, vestigt de aandacht op alternatieven of stelt een commentaar voor de opsteller van het document voor. Deze moeten dus waar nodig geschrapt worden. De zwart gedrukte tekst betreft formuleringen die we wensen aan te treffen in het uiteindelijke ICF. De blauw gedrukte tekst geeft aan wat er besproken moet worden.

De ethische comités verkiezen een informatie- en toestemmingsdocument dat uit 3 onderdelen bestaat:

1. Essentiële **informatie** bij het nemen van een beslissing om deel te nemen. Dit onderdeel moet **alle informatie bevatten die onontbeerlijk is bij het nemen van een beslissing** door de deelnemer, zoals
    a. Een korte en duidelijke uiteenzetting van de rechten van de deelnemer (vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid, verzekering enz.)
    b. Een duidelijke beschrijving van het studieproject (context, doelstellingen, methodologie & verloop).
    c. Beschrijving van de risico's en van de voordelen.
2. De **toestemming**;
3. De aanvullende informatie **(bijlagen)** die niet meteen een rol speelt voor het besluitvormingsproces, maar die bestaat uit:
    a. Nuttige informatie zoals het aantal, de frequentie en de inhoud van elk bezoek dat in de methodologie is voorzien.
    b. Meer gedetailleerde informatie over de rechten van de deelnemers.

Redactionele en administratieve vereisten

Het ICF moet zo worden opgesteld dat het kan worden gelezen en begrepen door personen die geen gezondheidsprofessionals of onderzoekers zijn, en die geen mondelinge informatie hebben gekregen. Het moet begrijpelijk zijn voor personen met het niveau van een 12-jarige.

Het ICF moet opgesteld zijn in een **duidelijke taal die begrijpelijk is voor de deelnemer**:

a. **Gestructureerde informatie**, duidelijke rode draad.
b. Correcte zinsbouw (opgelet voor problemen van letterlijke vertaling van het Engels naar het Frans/Nederlands, van ongeschikte keuze van de termen enz.).
c. Korte zinnen en korte paragrafen. Begrijpelijk taalgebruik voor de deelnemers voor wie het document bestemd is;
d. Geen vaktermen (technisch jargon);
e. Binnen eenzelfde concept dezelfde terminologie behouden doorheen het volledige document
f. Afkortingen vermijden. Indien nodig, leg de gebruikte afkortingen uit in de verklarende woordenlijst. Geef de termen of afkortingen die uitgelegd worden in de verklarende woordenlijst, in de tekst in hoofdletters weer. Schrijf een afkorting bij het eerste gebruik altijd voluit, gevolgd door de afkorting tussen haakjes.
g. Geen spelfouten;
h. Voldoende duidelijk en groot lettertype (Referentie: ≥ Arial 12)
i. Het moet duidelijk zijn in de informatiebrief dat de studie uitgevoerd wordt in de context van een masterthesisproject aan de KU Leuven. Informatiebrief en toestemmingsformulieren moeten de hoofding van de KU Leuven bevatten. Indien de promotor werkzaam is in UZ Leuven, kan uiteraard het logo van UZ Leuven toegevoegd worden.

OPMERKING: een ICF moet steeds twee exemplaren hebben: een exemplaar voor de onderzoeker en een exemplaar voor de deelnemer aan het onderzoek. Beide exemplaren moeten zowel gedateerd als ondertekend worden door zowel de onderzoeker als de deelnemer.

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: Elise Olieslagers, Huisarts in Opleiding (elise.olieslagers@student.kuleuven.be); Joke Schaekers, Huisarts in opleiding (joke.schaekers@student.kuleuven.be)

Marie Van de Putte (marie.vandeputte@kuleuven.be) en Annelies Van Raemdonck (annelies.vanraemdonck@kuleuven.be)

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek waarbij we gaan bevragen hoe vrouwen met een migratieachtergrond of niet-Belgische afkomst kijken naar hun seksuele gezondheid (o.a. anticonceptie, zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoening, vruchtbaarheid, menopauze…). Hierbij gaan we aan de hand van interviews op zoek naar factoren die het contact met de huisarts over dit onderwerp verbeteren.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP033436.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

We willen dat praten met de huisarts over seksuele gezondheid verbetert, meer specifiek bij vrouwen met een migratieachtergrond. Dit willen we bereiken door te luisteren naar ervaringen van deze vrouwen en zo te bekijken wat het moeilijker of net gemakkelijker maakt om hierover te spreken met de huisarts. Deze kennis zouden we hierna graag delen met andere huisartsen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u behoort tot onze onderzoeksgroep, vrouwen >18j met een migratieachtergrond of andere etniciteit.

Aan deze studie zullen ongeveer 15-20 personen deelnemen. De studie richt zich op vrouwen >18 jaar die zelf een migratieachtergrond hebben of ouders met een migratieachtergrond.

De onderzoeker zal u vragen deel te nemen aan een persoonlijk gesprek dat peilt naar seksuele gezondheid van de vrouw en hoe u dit ervaart in de huisartsenpraktijk. Deelname aan dit gesprek zal ongeveer 60-90 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal plaatsvinden in de huisartsenpraktijk of andere beschikbare ruimte [locatie later nog te specifiëren in functie van beschikbare ruimte voor de onderzoeker] op een datum die in samenspraak met u wordt vastgelegd. Tijdens het gesprek worden geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie, hiermee bedoelen we het uittypen van dit gesprek. Na transcriptie zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Promotor Marie Van de Putte, marie.vandeputte@kuleuven.be (Adres) of co-promotor Annelies van Raemdonck annelies.vanraemdonck@kuleuven.be , 016/32 54 54 (Blijde-inkomstraat 15, 3000 Leuven)

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het bevorderen van seksueel gezondheidscontact bij andere vrouwen in de toekomst. Door te begrijpen waar het op dit moment minder goed gaat, kunnen we zorgverleners hulpmiddelen aanreiken om dit te verbeteren.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Geen informatie over uw gezondheidstoestand, de geneesmiddelen die u gebruikt of de symptomen die u ervaart te verzwijgen.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Joke Schaekers via (joke.schaekers@student.kuleuven.be) of

Elise Olieslagers via (Elise.olieslagers@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker professor Marie Van de Putte via het telefoonnummer +324 86 83 54 20 (werkuren) of via e-mail (marie.vandeputte@kuleuven.be) of co-promotor Annelies Van Raemdonck (annelies.vanraemdonck@kuleuven.be)

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag/ Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

[Indien een getuige/ tolk aanwezig is.] **Getuige/ Tolk**

Ik ben tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de deelnemer aanwezig geweest en ik bevestig dat de informatie over de doelstellingen en procedures van de studie op adequate wijze is verstrekt, dat de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) de studie naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming voor deelname aan de studie uit vrije wil is gegeven.

Naam, voornaam en hoedanigheid van de getuige:

Datum en handtekening van de getuige/ tolk

Onderzoeker

Ik ondergetekende [naam, voornaam], onderzoeker/ bevoegde onderzoeksmederwerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[2].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [3].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (verduidelijken). Indien u

2

Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

3 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Exemplaar voor de onderzoeker

[Kopieer de informatie van de voorgaande bladzijden]

ANNEX 2: Interviewgids voor patiënten

Patiënt nr. _____ Datum: _____

Introductie	Ik ben _____, huisarts in opleiding en ik voer een onderzoek uit naar hoe vrouwen met een migratieachtergrond naar seksuele gezondheid kijken
Nut van het interview	Er is nog te weinig geweten over de barrières en faciliterende factoren die vrouwen met een migratieachtergrond ervaren in verband met het spreken over seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is om hier een beter inzicht in te krijgen en verder onderzoek hiernaar te ondersteunen.
Inhoud van het interview	In dit gesprek zal ik het met jullie hebben over jullie ervaringen met spreken over seksuele gezondheid
Tijdsduur	Het gesprek zal 60-90min in beslag nemen
Opname en aantekeningen	Tijdens het gesprek zal geluid worden opgenomen. Ik zal ook af en toe aantekeningen maken.
Verwerking gegevens	De opname zal worden neergeschreven en nadien verwijderd
Anonimiteit	De verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld. De resultaten zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties waarbij de resultaten zo worden weergegeven dat anonimiteit wordt verzekerd
Inleiding	- Waar haal jij jouw informatie rond seksuele gezondheid? (menstruatie, anticonceptie, zwangerschap,menopauze,...)
Percepties	- Hoe wordt seksuele gezondheid gezien in jouw o Gemeenschap/cultuur o Gezin (ouders, partner, kinderen..) o Naaste omgeving - Wat zijn de zaken die jullie wel/niet bespreken? Waarom is dat? - Wat zijn verschillen die je hebt opgemerkt in het omgaan met/opvattingen rond seksuele gezondheid in Vlaanderen tegenover bij jezelf of in cultuur?
Seksuele gezondheid in het thuisland	- Heb je ervaring met seksuele en reproductieve gezondheidszorg in jouw thuisland? o Wat zijn de verschillen met de zorg hier? o Verkies jij de zorg in jouw thuisland boven de zorg hier? Waarom wel/niet? o Consulteer je soms nog de gezondheidszorg in jouw thuisland met vragen/problemen rond seksuele gezondheid?
Rol van de huisarts	- Weet jij waarvoor je in Vlaanderen terecht kan bij je huisarts? Heb je dit ooit al eens gedaan? Waarom wel/niet? o Preventieve onderzoeken: uitstrijkje, mammografie o Anticonceptie o Preconceptie o Zwangerschapsbegeleiding o Vragen rond menstruatie/menopauze o Seksueel overdraagbare aandoeningen en genitale klachten

	o Vragen rond seksuele beleving/problemen - Ben je buiten bij jouw huisarts, bij een andere gezondheidswerker geweest hiervoor? Bij wie? Waarom daar?
Ervaringen	- Hoe is jouw ervaring met het bespreken van seksuele gezondheid met de huisarts? o Heb je het gevoel dat je alles begrepen hebt wat er besproken is? o Had je het gevoel dat je verder bent geholpen? Waarom wel/niet? o Was er sprake van een gedeelde beslissing in jouw verdere zorg? o Had je het gevoel dat er rekening werd gehouden met je geloof/ etniciteit?
Communicatie	- Was je alleen op consultatie of had je iemand mee om te vertalen? o Wie had je mee om te vertalen? o Hoe voelde je erbij dat er iemand bij was om te vertalen? o Heb je het gevoel dat je de Nederlandse taal voldoende beheerst om je uit te drukken? - Heb je ooit al een consultatie gedaan met een tolk/intercultureel bemiddelaar? o Hoe heb je dit ervaren? o Zijn er dingen die belangrijk zijn voor jou bij het gebruik maken van een tolk (bv. geslacht, voorafgaande toestemming,..) - Op welke manier gebeurt de communicatie in jouw huisartsenpraktijk (sms, mail, nieuwsbrief, flyers,..) o Wat vind je goed of minder goed? Waarom?
Ongelijkheid in gezondheid en zorg	- Zijn er nog andere zaken die het voor jou moeilijk maken om langs te gaan bij de huisarts om jouw seksuele gezondheid te bespreken (geslacht, vooroordelen, discriminatie, cultuurverschil,..)? o Hoe zou dit beter kunnen voor jou? - Wat zijn de dingen die het voor jou gemakkelijker maken om langs te gaan bij de huisarts? - Speelt het geslacht van de huisarts een rol? - Speelt de cultuur/achtergrond/geloofsovertuiging een rol?
Slotvraag	- Zijn er nog andere zaken die je wil vermelden die invloed hebben op het spreken over seksuele gezondheid met de huisarts?
Afsluiting	
Toevoegingen	Willen jullie nog iets toevoegen aan het gesprek?
Bedanking	Heel erg bedankt voor jullie medewerking
Mening	Wat vonden jullie van het gesprek?
Contactgegevens	Ik zal jullie mijn mailadres meegegeven zodat jullie me kunnen bereiken met vragen of als jullie nog iets willen toevoegen
Publicatie	Willen jullie graag op de hoogte worden gehouden als de resultaten worden gepubliceerd?

ANNEX 3: Demografische gegevens patiënten

1) Wat is jouw leeftijd? ____ jaar
2) Wat is jouw geboorteland? _____
   a. Indien niet België, hoe lang ben jij al in België? ____ jaar OF ____ maanden
   b. Tot welke bevolkingsgroep/ cultuur _____
   c. Heb je een bepaalde religie/ geloofsovertuiging _____
3) Welke taal/talen spreek jij?

Annex 4: tekst rekrutering

Doe mee aan ons onderzoek naar ervaringen rond seksuele gezondheidszorg bij vrouwen met een migratieachtergrond in de Vlaamse huisartsenpraktijk

We nodigen jou graag uit om deel te nemen aan een belangrijk onderzoek bij vrouwen met een migratieachtergrond, rond het consulteren van de huisarts bij vragen rond seksuele gezondheidszorg.

Wat houdt het in? Je wordt uitgenodigd voor een individueel gesprek van 60-90 minuten. Tijdens dit gesprek bespreken we jouw persoonlijke ervaringen met seksuele gezondheidszorg bij de huisarts.

Voor wie? We zijn op zoek naar vrouwen ouder dan 18 jaar met een migratieachtergrond.

Waarom deelnemen? Jouw deelname helpt ons om een beter inzicht te krijgen in de ervaringen van vrouwen met een migratieachtergrond in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Met jouw input willen we ervoor zorgen dat de huisarts, vrouwen met migratieachtergrond beter kan helpen.

Heb je interesse om deel te nemen of wil je meer informatie? Neem dan contact op met ons via joke.schaekers@student.kuleuven.be of elise.olieslagers@student.kuleuven.be
(Laat volgende informatie achter: voor- en achternaam, leeftijd , telefoon-/gsm nummer en hoe we jou mogen contacteren)

Alvast bedankt voor jouw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Joke Schaekers, Huisarts in opleiding, Katholieke Universiteit Leuven

Elise Olieslagers, Huisarts in opleiding, Katholieke Universiteit Leuven

Deze studie wordt uitgevoerd in kader van een masterproef (MP0333436), goedkeuring voor het uitvoeren van de studie werd bekomen via het ethisch comité.

Annex 5: Flyer

Onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij het consulteren van de huisarts voor seksuele gezondheidszorg onder vrouwen met een migratieachtergrond

Wat?

- Een individueel gesprek van 60-90 minuten
- We bespreken hierbij anoniem en vertrouwelijk jouw persoonlijke ervaringen

Voor wie?

Vrouwen ≥ 18 jaar met een migratieachtergrond

Waarom?

We willen dat praten met de huisarts over seksuele gezondheid (o.a. anticonceptie, zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoening, vruchtbaarheid, menopauze…) verbetert, meer specifiek bij vrouwen met een migratieachtergrond. Dit willen we bereiken door te luisteren naar ervaringen van deze vrouwen en zo te bekijken wat het moeilijker of net gemakkelijker maakt om hierover te spreken met de huisarts. Deze kennis zouden we hierna graag delen met andere huisartsen.

Onderzoekers: Dr. Joke Schaekers, huisarts in opleiding, Katholieke Universiteit Leuven; Dr. Elise Olieslagers, huisarts in opleiding, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Dr. Apr. Marie Van de Putte, Katholieke Universiteit Leuven - ACHG KU Leuven
Voor meer informatie rond het onderzoek of deelname mag je steeds contact opnemen via joke.schaekers@student.kuleuven.be of elise.olieslagers@student.kuleuven.be

Deze studie wordt uitgevoerd in kader van een masterproef (MP0333436), goedkeuring voor het uitvoeren van de studie werd bekomen via het ethisch comité.