Taboes rond urine-incontinentie bij Turkse vrouwen in WGC De Sleep

Nele Rasschaert, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Annelies Peeters

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: Hoewel een zeer prevalente aandoening, blijft urine-incontinentie vaak een ondergerapporteerd probleem. Slecht de helft tot één derde van de patiënten consulteert met dit probleem een arts. Cijfers uit het EMD van wijkgezondheidscentrum De Sleep, een praktijk waarvan ongeveer de helft van de patiënten van Turkse origine is, toonden bij deze populatie een wel heel lage prevalentie aan.

Onderzoeksvraag: Het doel van deze studie is de prevalentie van UI bij Turkse vrouwen ouder dan 18 jaar in WGC De Sleep te bepalen en inzichten te verschaffen in de factoren die een rol spelen bij het *help-seeking behaviour* van deze patiënten.

Methodologie: Een vragenlijst, bestaande uit enkele epidemiologische gegevens, de 3 Incontinence Questionnaire, de PRAFAB score en een peiling naar de attitudes rond urineverlies, werd vertaald naar het Turks. Alle vrouwen van Turkse afkomst, ouder dan 18 jaar en met afspraak bij de arts in het wijkgezondheidscentrum De Sleep konden vrijwillig en anoniem deelnemen aan het onderzoek. De gegevens uit de vragenlijst werden verwerkt en geanalyseerd in het programma SPSS met beschrijvende statistiek en de Chi-kwadraat test. Het kwalitatieve deel van het onderzoek bestond uit diepte-interviews en de analyse gebeurde met het programma NVIVO.

Resultaten: 57,5% van de patiënten rapporteerde ongewild urineverlies. Slechts 35,1% consulteerde hiermee een arts. Patiënten die de hulp inriepen van een arts rapporteerden significant ernstigere klachten, ervoeren meer hinder van het urineverlies en hadden frequenter klachten van urineverlies. De meest aangehaalde reden voor het niet zoeken van hulp zijn ‘Mijn gezondheid ligt in de handen van Allah, de arts kan hier toch niets aan doen’, ‘Urineverlies is een normaal gevolg van het krijgen van kinderen’ en ‘Ik denk dat de dokter dit niet belangrijk genoeg zal vinden om aandachtig te luisteren’. De kwalitatieve interviews bevestigen de rol van de ernst en hinder op het consultatiegedrag.

Conclusie: Urine-incontinentie blijkt een significant maar ondergerapporteerd probleem te zijn. Urineverlies kan al op jonge leeftijd voorkomen. Dit pleit voor het promoten van bekkenbodemspiertraining pre- en postnataal in de praktijk ter preventie van urine-incontinentie. Slechts één derde van de patiënten met urineverlies consulteerde de dokter. Het lage *help-seeking behaviour* kan worden verklaard door de geringe ernst en hinder, maar tevens door de onwetendheid van de patiënt omtrent de oorzaken en behandelingen van urineverlies. De arts heeft hier dus de taak de patiënt te informeren en te betrekken in een gezamenlijke besluitvorming. Schaamte is geen inhiberende factor voor het zoeken van hulp.

Inhoudstafel

Abstract .....
Inhoudstafel .....
Inleiding 1
Oriënterend literatuuronderzoek 1
Methodologie 2
Resultaten 3
Discussie 6
Besluit 8
Referenties 8
Bijlagen 10
Bijlage 1 - vragenlijst 10
Bijlage 2 - studieprotocol 13
Bijlage 3 - gunstig advies Ethisch Comité 16

Inleiding

Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen is een vaak voorkomende aandoening, met prevalentiecijfers die variëren tussen 25 en 45%, afhankelijk van de gebruikte definitie, studiepopulatie en methodologie [1,2]. Hoewel een prevalent probleem, blijft UI significant ondergerapporteerd [1,3,4]. In Nederland zijn 64% van de patiënten met urineverlies hiermee niet gekend bij de huisarts [5]. Een Amerikaans onderzoek benoemt 55% van de onderzochte patiënten met UI als *non-treatment seekers* [6]. Het consultatiegedrag stijgt naarmate de ernst van het urineverlies en de hinder die vrouwen ervaren toeneemt [6-10], met toenemende leeftijd [10,11], bij mixed incontinentie [6,11] en angst voor een onderliggende ziekte [7,9]. Patiënten die geen hulp zoeken voor dit probleem zijn doorgaans jonger, hebben minder hinder van hun symptomen [5] en staan niet open voor een operatie als behandelingsoptie [6]. Andere redenen voor het niet zoeken van hulp zijn het urineverlies niet ernstig genoeg vinden, een eigen manier gevonden hebben om ermee om te gaan [5], het beschouwen als een normaal onderdeel van ouder worden, geen kennis hebben over de mogelijke behandelingen [5,8], schaamte [9] en het voorrang geven aan ernstigere problemen [8]. Moslim vrouwen wenden, naast bovenstaande redenen, schaamte meer aan als reden voor het niet zoeken van hulp, wensen vaker een vrouwelijke arts, worstelen met taalproblemen en hebben minder kennis hebben over het lichaam en het nut van bekkenbodemspieroefeningen [12-14].

In wijkgezondheidscentrum De Sleep zijn ongeveer 50% van de patiënten van Turkse origine. Gegevens uit het EMD tonen aan dat de dossierprevalentie van urine-incontinentie bij deze Turkse populatie in WGC De Sleep 0,06% is. Nochtans beschrijven studies in Turkije gelijkaardige prevalentiecijfers als deze in Europese landen [15-17]. Dit leidde tot de vraag of het voorkomen van urine-incontinentie of de hulpvraag van Turkse patiënten in WGC De Sleep verschillend is van Europese patiënten en welke redenen zij aanwenden voor het al dan niet zoeken van hulp. Enkele studies over UI bij etnische minderheden in de UK en Nederland bevestigen het ontbreken van deze populatie uit de statistieken rond urine-incontinentie, omwille van hoger vermelde redenen [12-14]. Studies over urine-incontinentie bij etnische minderheden in België werden niet gevonden.

Het doel van deze studie is de prevalentie van UI bij Turkse vrouwen ouder dan 18 jaar in WGC De Sleep te bepalen en inzichten te verschaffen over de factoren die een rol spelen bij het *help-seeking behaviour* van deze patiënten.

Oriënterend literatuuronderzoek

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen “Wat is de prevalentie van urine-incontinentie bij Turkse vrouwen ouder dan 18 jaar in WGC De Sleep?” en “Welke factoren spelen een rol in het *help-seeking behaviour* van deze patiënten?” werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd volgens het watervalsysteem. Zo werden praktijkrichtlijnen van o.a. het Nederlands Huisartsen Genootschap (2006), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013), Finnish Medical Society Duodecim (2011) de European Urology Society (2009) gevonden. Vervolgens werden kritische artikelbesprekingen onder de loep genomen waarbij drie artikels werd weerhouden uit Minerva. Studies over de prevalentie in Turkije en over het *help-seeking behaviour* in het algemeen en bij etnische minderheden werden gezocht en gevonden via de Cochrane library en Pubmed, met de termen ‘Urinary Incontinence and Women’, ‘Urinary Incontinence and taboo’, ‘Urinary Incontinence and help-seeking behaviour’ en ‘Urinary Incontinence and moslims’. Artikels over studies die uitgevoerd werden in de huisartsenpraktijk of op het niveau van de community en artikels gepubliceerd in huisartsrelevante tijdschriften werden weerhouden.

Methodologie

Urine-incontinentie wordt hier gedefinieerd als 'de klacht van enig onvrijwillig lekken van urine' zoals vooropgesteld door de International Continence Society. Urineverlies kan optreden bij drukverhogende momenten (stressincontinentie), bij aandrang (urge incontinentie), of bij zowel druk als aandrang (mixed incontinentie) [1,3]. Andere vormen van incontinentie zijn zeldzamer en worden hier buiten beschouwing gelaten.

Het eerste deel van het onderzoek bestond uit een vragenlijst, samengesteld uit 4 delen (zie bijlage 1). De vragenlijst begon met 3 epidemiologische vragen (leeftijd, opleidingsniveau en pariteit). Het type urineverlies werd bepaald aan de hand van de 3 Incontinence Questionnaire (3IQ), een eenvoudige test met aanvaardbare precisie om stress- en urge incontinentie van elkaar te onderscheiden [18]. Om de ernst en de hinder van het urineverlies te meten werd gebruik gemaakt van de PRAFAB score (PRotection, Amount, Frequency, Ajdustment, Body image), een Nederlandstalige test met goede validiteit [19]. Tot slot werden nog gepeild naar de attitudes rond *help-seeking behaviour*. Deze vragen werden opgelijst op basis van bevindingen uit het literatuuronderzoek en voor de antwoordmogelijkheden werd een Likert schaal gebruikt: 'helemaal niet', 'een beetje', 'matig', 'heel erg' akkoord met de stelling. De volledige vragenlijst werd vertaald naar het Turks door de Tolk en Vertaalservice Gent vzw. Alle vrouwen van Turkse afkomst[1], ouder dan 18 jaar en met afspraak bij de arts in het wijkgezondheidscentrum De Sleep tussen 20 januari en 14 februari werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. De patiënt kon kiezen tussen een Nederlandstalige of Turkstalige vragenlijst. Deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig en anoniem. De patiënte kreeg de tijd en ruimte in het wijkgezondheidscentrum om deze vragenlijst in te vullen. Elke patiënt kon slechts één keer deelnemen.

De gegevens uit de vragenlijsten werden geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS 22. Leeftijd (18-44, 45-59 en >60), opleidingsniveau (geen/lagere school, middelbare school, hoger diploma) en pariteit (0, 1-2, 3 of meer) werden gecategoriseerd voor de analyse. Door de waarden van 'protection', 'amount' and 'frequency' uit de PRAFAB score samen te tellen werd de variabele 'ernst' gecreëerd en vervolgens gecategoriseerd (mild: 1-4, matig: 5-8, ernstig: 9-12). Adjustment en body image werden opgeteld tot de variabele 'hinder' (mild: 1-3, matig: 4-5, ernstig: 6-8). De totale som van de antwoorden van de PRAFAB vragenlijst werd ingedeeld als mild: 1-7, matig: 8-13, ernstig: 14-20. De antwoorden van de attitudes rond *help-seeking behaviour* werden gedichotomiseerd tot akkoord (eerste of tweede antwoordmogelijkheid op de Likert schaal) en niet akkoord (derde of vierde antwoordmogelijkheid). Allereerst werd beschrijvende statistiek uitgevoerd voor leeftijd, geslacht, pariteit, type urineverlies, ernst, hinder, arts geconsulteerd en attitudes rond *help-seeking behaviour*. Vervolgens werden de karakteristieken van *treatment seekers* en *non-seekers* vergeleken wat betreft leeftijd, opleidingsniveau, type urineverlies, ernst, impact en attitudes rond *help-seeking behaviour* met de Chi kwadraat test.

Het tweede deel van het onderzoek bestond uit diepte-interviews met vrouwen die ook de vragenlijst hadden ingevuld en zich vrijwillig konden aanmelden voor verdere deelname aan het onderzoek, waarbij dieper zou worden ingegaan op hun *help-seeking behaviour*. Het interview vond plaats in een rustige ruimte in aanwezigheid van de onderzoeker en een Turkstalige tolk. Voorafgaand aan het interview werd het informed consent ingevuld. De interviews werden opgenomen op geluidsband. De verwerking van de interviews gebeurde aan de hand van het softwareprogramma NVIVO 10. De analyse begon met *in vivo* codering van de gesprekken, waarmee

[1] Voor dit onderzoek werden vrouwen met Turkse afkomst van de eerste tot en met de vierde generatie geïncludeerd.

de eigen woorden van de patiënten weergegeven werden. De codes werden vervolgens in categorieën (*nodes*) ingedeeld. De verschillende categorieën werden bestudeerd, onderlinge relaties werden blootgelegd waarna tot slotte een theorie werd opgebouwd uit de data.

Resultaten

In totaal werden 174 vragenlijsten volledig ingevuld. Zevenvijftig percent (57,5%) van de ondervraagde patiënten rapporteerde ongewild urineverlies te hebben of te hebben gehad (zie tabel 1). De meerderheid van de patiënten met urineverlies behoorde tot de leeftijdsgroep 18-44 jaar (67,7%), was laag opgeleid (45,9%) en had 3 of meer kinderen op de wereld gezet (54,6%). Stressincontinentie is de meest voorkomende vorm van UI (51,0%), gevolgd door urge incontinentie (30,2%) en mixed incontinentie (9,4%). Voor 26,3% van de patiënten is het urineverlies mild; 66,7% heeft een matige en 7,0% een ernstige vorm van urineverlies. De hinder van het urineverlies is bij 64,9% van de patiënten mild, bij 28,1% matig en bij 7,0% ernstig.

Urineverlies komt significant vaker voor bij laag opgeleide vrouwen (P=0.034) (zie tabel 2). Er kon geen relatie worden aangetoond tussen urine-incontinentie en de leeftijd of pariteit.

Tabel 1. Karakteristieken van urine incontinente patiënten (57,5% (100/174) van de populatie)

Leeftijd	
18-44	67,7%
45-59	24,2%
>60	8,1%
Opleidingsniveau	
Geen of lagere school diploma	45,9%
Middelbare school diploma	43,9%
Hoger of universitair diploma	10,2%
Pariteit	
0	15,5%
1-2	29,9%
3 of meer	54,6%
Type urineverlies	
Stress-incontinentie	51,0%
Urge incontinentie	30,2%
Mixed incontinentie	9,4%
Ander type	9,4%
Protection	
Nooit maandverband	29,9%
Af en toe	40,3%
Als regel	23,4%
Altijd	6,5%
Amount	
Een druppeltje	53,6%
Een scheutje	35,7%
Goed nat	4,8%
Doorweekt	6,0%
Frequency	
≤1x/week	49,4%
1x - <3x/week	18,1%
≥3x/week	22,9%
Elke dag	9,6%
Adjustment	
Geen hinder	88,7%
Gestopt met sommige activiteiten	5,6%
Gestopt met de meeste activiteiten	4,2%
Ik kom de deur niet uit	1,4%
Body Image	
Niet schelen	21,1%
Vervelend/zit er niet echt mee	44,7%

Vies	30,3%
Ik walg van mezelf	3,9%
Ernst (protection + amount+ frequency)	
Mild	26,3%
Matig	66,7%
Ernstig	7,0%
Hinder (adjustment + body image)	
Mild	64,9%
Matig	28,1%
Ernstig	7,0%
Totale PRAFAB score (ernst + hinder)	
Mild	35,1%
Matig	56,1%
Ernstig	8,8%
Arts geconsulteerd	
Ja	35,1%
Nee	64,9%

Tabel 2: Link tussen het al dan niet voorkomen van urineverlies en leeftijd, opleidingsniveau of pariteit

	Urineverlies	Geen urineverlies	P-waarden
Leeftijd			0,458
18-44	54,5%	45,5%	
45-59	64,9%	35,1%	
>60	66,7%	33,3%	
Opleidingsniveau			**0,034**
Geen of lagere school diploma	68,2%	31,8%	
Middelbare school diploma	53,8%	46,3%	
Hoger of universitair diploma	40,0%	60,0%	
Pariteit			0,142
0	45,5%	54,5%	
1-2	53,7%	46,3%	
3 of meer	64,6%	35,4%	

35,1% van de patiënten met urineverlies consulteerde een arts voor dit probleem en worden hiermee als *treatment seekers* beschouwd. Ongeveer de helft (46,8%) van de patiënten met urineverlies zou hiervoor wel een arts willen consulteren, maar heeft tot op heden de stap nog niet gezet. 64,9% zijn *non-treatment seekers* (zie tabel 1). Patiënten die de hulp inriepen van een arts (*treatment seekers*), rapporteerden significant ernstigere klachten zoals het gebruik van opvangmiddelen, de hoeveelheid en de frequentie van urineverlies (P=0.025), ervoeren meer hinder van het urineverlies (P=0.011) en hadden frequenter klachten van urineverlies (P=0.045) (zie tabel 3). *Treatment seeking* was niet geassocieerd met leeftijd, opleidingsniveau, het type urineverlies, het gebruik van opvangmiddelen of de hoeveelheid urineverlies.

Tabel 3. Verschillen in karakteristieken tussen *treatment seekers* en *non-seekers*.

	Treatment Seekers	Non-seekers	P-waarde
Leeftijd			0,337
18-44	30,3%	69,7%	
45-59	47,8%	52,2%	
>60	37,5%	62,5%	
Opleidingsniveau			0,249
Geen of lagere school diploma	44,2%	55,8%	
Middelbare school diploma	26,2%	73,8%	
Hoger of universitair diploma	30,0%	70,0%	
Type urineverlies			0,489
Stress	43,8%	56,3%	
Urge	32,1%	67,9%	
Mixed	22,2%	77,8%	
Ander	25,0%	75,0%	
Protection			0,263
Nooit	21,7%	78,3%	
Af en toe	38,7%	61,3%	
Als regel	50,0%	50,0%	
Altijd	20,0%	80,0%	
Amount			0,125
Een druppeltje	26,7%	73,3%	
Een scheutje	36,7%	63,3%	
Goed nat	75,0%	25,0%	
Doorweekt	60,0%	40,0%	
Frequency			**0,045**
>1x/week	24,4%	75,6%	
1-3x/week	40,0%	60,0%	
3x/week-dagelijks	36,8%	63,2%	
Elke dag	75,0%	25,0%	

Ernst (protection + amount + frequency)			**0,025**
Mild	26,7%	73,3%	
Matig	34,2%	65,8%	
Ernstig	100,0%	0,0%	
Hinder (adjustment + body image)			**0,011**
Mild	27,0%	73,0%	
Matig	43,8%	56,3%	
Ernstig	100,0%	0,0%	
Totale PRAFAB score (ernst + hinder)			**0,007**
Mild	25,0%	75,0%	
Matig	34,4%	65,6%	
Ernstig	100,0%	0,0%	

De meest aangehaalde reden voor het niet zoeken van hulp zijn 'Mijn gezondheid ligt in de handen van Allah, de arts kan hier toch niets aan doen'(28,2%), 'Urineverlies is een normaal gevolg van het krijgen van kinderen' (27,3%) en 'Ik denk dat de dokter dit niet belangrijk genoeg zal vinden om aandachtig te luisteren' (24,2%). De minst aangehaalde reden was: 'Ik heb zelf een oplossing gevonden om met het urineverlies om te gaan' (11,5%), 'Ik schaam me over ongewild urineverlies' (13,2%) en 'Ik spreek de taal onvoldoende om dit te bespreken' (16,3%). De attitudes over urineverlies zijn bij *treatment seekers* en *non-seekers* ongeveer gelijklopend. *Treatment seekers* schaamden zich dubbel zoveel (23,1%) als *non-seekers* (11,8%), maar vonden minder dat hun gezondheid alleen in de handen van Allah lag (14,3%; t.o.v. 33,3% bij *non-seekers*).
Geen enkele aangehaalde reden kon het (*non-)treatment seeking* gedrag verklaren (zie tabel 4).

Tabel 4: Verschillen in attitudes rond urineverlies bij de urine-incontinente patiënten*, treatment seekers* en *non-seekers*.

	Alle urine-incontinente patiënten	Treatment seekers	Non-seekers	P-waarde
Ik schaam me over ongewild urineverlies				0,205
Helemaal niet/een beetje	86,3%	76,9%	88,2%	
Matig/heel erg	13,2%	23,1%	11,8%	
Mijn arts is een man en ik bespreek dit probleem liever met een vrouwelijke arts				1,000
Helemaal niet/een beetje	78,3%	79,1%	80,0%	
Matig/heel erg	21,7%	20,8%	20,0%	
Mijn arts kan hier toch niets aan doen. Er is geen behandeling				0,893
Helemaal niet/een beetje	77,7%	72,0%	73,5%	
Matig/heel erg	22,3%	28,0%	26,5%	
Mijn gezondheid ligt in de handen van Allah, niet in de handen van mijn arts				0,108
Helemaal niet/een beetje	71,8%	85,7%	66,7%	
Matig/heel erg	28,2%	14,3%	33,3%	
Ik spreek de taal onvoldoende om dit te bespreken				0,560
Helemaal niet/een beetje	83,7%	80,0%	84,1%	
Matig/heel erg	16,3%	20,0%	14,9%	
Urineverlies is geen ziekte, maar een normaal gevolg van het ouder worden				0,856
Helemaal niet/een beetje	81,5%	79,3%	77,6%	
Matig/heel erg	18,5%	20,7%	22,4%	
Urineverlies is geen ziekte, maar een normaal gevolg van het krijgen van kinderen				0,820
Helemaal niet/een beetje	72,7%	72,4%	70,0%	
Matig/heel erg	27,3%	27,6%	30,0%	
Ik heb zelf een oplossing gevonden om met het urineverlies om te gaan				0,737
Helemaal niet/een beetje	88,5%	89,7%	84,0%	
Matig/heel erg	11,5%	10,3%	16,0%	
Ik denk dat het urineverlies vanzelf zal verminderen of				0,510

stoppen Helemaal niet/een beetje Matig/heel erg	 79,7% 20,3%	 80,0% 20,0%	 73,5% 26,5%	
Ik denk dat de dokter dit niet belangrijk genoeg zal vinden om aandachtig te luisteren Helemaal niet/een beetje Matig/heel erg	 75,8% 24,2%	 79,3% 20,7%	 73,9% 26,1%	0,594
Ik heb andere medische problemen die mij meer zorgen baren dan ongewild urineverlies Helemaal niet/een beetje Matig/heel erg	 79,5% 20,5%	 80,0% 20,0%	 70,8% 29,2%	0,367

Tijdens 9 interviews werd dieper ingegaan op het *(non-)treatment seeking behaviour*. Twee van de negen patiënten consulteerden geen dokter met de klacht urineverlies omdat ze zich schaamden.

> *"…beschaamd. Vrouwelijke problemen, zoals urineverlies of maandstonden, dat wordt in onze traditie niet verteld aan de arts. Zelfs aan uw eigen man kan je dat niet vertellen*".

Overigens schaamden 7 van de 9 patiënten zich voor het urineverlies, maar voor 6 van hen was dit geen belemmering om een arts te consulteren met deze klacht. De meest aangehaalde reden (voor 3/6 van de patiënten) ervoor was dat de ernst en/of de hinder van het urineverlies toenam.

> *"…omdat het voortdurend meer en meer werd, dacht ik: 'het wordt tijd dat er iets aan gedaan wordt'".*

De tweede meest aangehaalde reden (2/6) was de invloed op het bidden en rituele reiniging bij moslims.

> "… *Ik kan de rituele reiniging nooit volhouden, ik verbreek het altijd. Ik was mezelf tot wanneer ik ga bidden en dan komt het weer (*urineverlies*). En dat vind ik triestig. Ik kijk naar de andere vrouwen, die gaan naar de moskee, die bidden, een volwaardig gevoel. Dat wil ik ook".*

Een andere patiënte (1/3) was vooral bang voor een onderliggende ziekte. Tot slot zette een andere patiënte (1/3) de stap naar de huisarts toen de huisgenoten het urineverlies opmerkten.

De meerderheid van de patiënten schaamde zich het probleem tegen een mannelijke arts te vertellen.

> *"…Omdat ik me schaam. Mocht ik maag- of hoofdpijn hebben, zou dat niet geven. Maar als het om vrouwspecifieke onderwerpen gaat, schaam ik me daarvoor en dan verkies ik wel vrouwelijke dokters. Want vrouwen kunnen dat zelf ook meegemaakt hebben en ik voel aan dat ze dat beter zullen begrijpen"*.

Discussie

Ruim de helft van de volwassen Turkse patiëntes lijdt in meer of mindere mate aan ongewild urineverlies. Aangezien de gekende prevalentie van urineverlies in WGC De Sleep voor de start van het onderzoek op 0,06% lag, kunnen we hier inderdaad spreken van een significant ondergerapporteerd probleem!

De prevalentie van urine-incontinentie in WGC De Sleep (57,2%) ligt even hoog tot iets hoger dan de gemiddelde prevalentie in Europese studies. Deze liggen gemiddeld tussen 25 en 45%, maar de uitlopers gaan van 5 tot 69% [1,2]. In Turkije stelt Rahmi *et al.* dat de veel hogere prevalentie in Oost-Turkije (46,3%, t.o.v. 23,9% in West-Turkije) mogelijks verklaard kan worden door de hogere pariteit van Oost-Turkse vrouwen [17]. Pariteit is, naast leeftijd en obesitas, een ontegenspreekbare risicofactor van urine-incontinentie [1,2,4]. Het onderzoek in WGC De Sleep kon pariteit niet aanduiden als risicofactor voor urine-incontinentie, ondanks de hoge pariteit (3 of meer) bij meer dan de helft van de studiepopulatie. Het ontbreken van een eenduidige definitie van 'hoge pariteit',

maakt het echter moeilijk een duidelijke link vast te stellen. Ons onderzoek toonde een laag opleidingsniveau wel aan als een risicofactor voor urineverlies. Dit kan de reden zijn waarom de prevalentie in WGC De Sleep hoger ligt dan in de meeste Turkse en Europese studies, gezien de populatie in het wijkgezondheidscentrum voornamelijk bestaat uit laag opgeleide Turkse vrouwen.
Opvallend is ook de jonge leeftijd waarop urineverlies voorkomt: meer dan de helft van de dames is jonger dan 45 jaar! Literatuuronderzoek toont inderdaad aan dat urineverlies stijgt tot de middelbare leeftijd, daarna stagneert of licht terugvalt, om vervolgens weer te stijgen met de leeftijd [1,2]. Het blijkt bovendien dat één derde van de vrouwen last heeft van urineverlies na de eerste (vaginale) bevalling [4,20] en enkele studies opperen dat de incidentie van urine-incontinentie het hoogste is tijdens de zwangerschap [2]. Gezien de populatie in WGC De Sleep voornamelijk bestaat uit jonge vrouwen in de vruchtbare leeftijd kan dit een tweede verklarende factor zijn voor de hoge prevalentie. Dit impliceert dat artsen ook bij jonge patiënten bedacht moeten zijn op symptomen van urine-incontinentie. Gezien de geringe hinder die deze jonge vrouwen mogelijks van het urineverlies ondervinden, zullen zij minder geneigd zijn hiervoor een arts te consulteren, terwijl bekkenbodemspiertraining een bewezen positief effect op de klachten en de hinder kan hebben [1,2, 21]. Bekkenbodemspiertraining tijdens de zwangerschap en postnataal heeft trouwens een bewezen preventieve rol in het voorkomen van urine-incontinentie [20,22,23]. Dit is een reden om zwangere vrouwen in WGC De Sleep meer te motiveren om deel te nemen aan het aanbod van pre- en postnatale kinesitherapie.
Slechts één derde van deze patiënten consulteerde de arts met dit probleem. Gelijkaardige cijfers vinden we terug in de literatuur [6,11]. In een groot Europees onderzoek had 31% van alle vrouwen met urineverlies een dokter geconsulteerd [6]. De dokter werd meer geconsulteerd door patiënten met een ernstige vorm van urineverlies, die meer hinder ondervonden en frequenter urineverlies hadden. Ook in het kwalitatieve deel van het onderzoek waren de toename van ernst en hinder de belangrijkste reden voor het consulteren van de huisarts en verschillende eerstelijnsstudies komen tot dezelfde resultaten [5,7-10]. Slechts 7% van de patiënten gaven aan een ernstige vorm van urineverlies te hebben of er ernstige hinder van te ondervinden. Dit kan de verklaring zijn voor het lage consultatiegedrag. Toch mogen we ons niet laten verleiden door de gedachte dat de patiënt wel hulp zal vragen als het urineverlies te hinderlijk wordt. Een kwart van de patiënten geeft immers als reden voor het niet zoeken naar hulp aan afhankelijk te zijn van Allah voor haar eigen gezondheid en te geloven dat urineverlies veroorzaakt wordt door het krijgen van kinderen. Dit laat uitschijnen dat die vrouwen niet geloven zelf iets te kunnen ondernemen om hun gezondheidsproblemen te verbeteren. Een andere reden voor het niet zoeken van hulp is de overtuiging dat de arts er niets aan kan doen of dit niet belangrijk zal vinden. De arts heeft daarom als taak de patiënt te informeren over de oorzaken van urineverlies en de mogelijke behandelingen, zodat ze zelf een geïnformeerde beslissing kunnen maken over het al dan niet zoeken van hulp en de gewenste behandeling.
Schaamte wordt opvallend weinig genoemd als reden voor het niet zoeken van hulp. Belangrijk is tevens dat schaamte geen inhiberende factor is voor een hulpvraag, zoals uit de interviews blijkt. De meeste patiënten schaamden zich wel, maar zochten toch hulp voor hun probleem. Een Nederlands eerstelijnsonderzoek bij thuiswonende ouderen kwam tot dezelfde enigszins verassende conclusie [5]. Patiënten uiten wel sterk hun voorkeur voor een vrouwelijke arts. Hoewel dit geen gebod in de Koran is, maar een culturele gewoonte, prefereren zo goed als alle Moslim vrouwen een vrouwelijke arts voor het bespreken van ‘vrouwelijke’ problemen [12-14]. Oplossingen over hoe hiermee op een ethische en correcte manier om te gaan in de huisartspraktijk werden niet gevonden.

Besluit

Urine-incontinentie blijkt een zeer prevalent maar zwaar ondergerapporteerd probleem te zijn. Urineverlies kan reeds op jonge leeftijd voorkomen. Gezien de hoge incidentie van urine-incontinentie perinataal moet het belang van bekkenbodemspiertraining bij zwangere vrouwen en postnataal benadrukt worden ter preventie hiervan. Het lage *help-seeking behaviour* kan worden verklaard door de geringe ernst en hinder, maar tevens door de onwetendheid van de patiënt omtrent de oorzaken en behandelingen van urineverlies. De arts heeft hier dus de taak de patiënt te informeren en te betrekken in een gezamenlijke besluitvorming.

Dit eerste onderzoek naar het taboe rond urine-incontinentie bij Turkse vrouwen bevestigt eerdere onderzoeken bij vrouwen uit de Kaukasische populatie wat betreft de prevalentie van urine-incontinentie en het *help-seeking behaviour* en voegt hieraan toe dat Turkse patiënten zich niet méér schamen over urineverlies dan Europese patiënten.

Referenties

[1] National Institute for Health and Care Excellence, redacteur. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. Londen: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2013. p. 387

[2] European Association of Urology, redacteur. Guidelines on urinary incontinence. Nederland: European Urology association; 2013. p. 118

[3] Beata Stach, Lempinen. Urine-incontinentie bij vrouwen. Duodecim Medical Publications Ltd. 2011. *www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00236* (laatst geraadpleegd op 25/10/2014)

[4] Peggy Norton, Linda Brubaker. Urinary incontinence in women. Lancet. 2006 Jan 7;367(9504):57-67

[5] Visser E, de Bock GH, Kollen BJ et al. Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? Scand J Prim Health Care. 2012 Mar;30(1):21-8. doi: 10.3109/02813432.2011.628244. Epub 2012 Feb 12

[6] Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC et al. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. J Womens Health (Larchmt). 2003 Sep;12(7):687-98

[7] Teunissen D, van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. Br J Gen Pract. 2005 Oct;55(519):776-82

[8] Shaw C. A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. J Clin Nurs. 2001 Jan;10(1):15-24

[9] Shaw C, Tansey R, Jackson C et al. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. Fam Pract. 2001 Feb;18(1):48-52

[10] Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scand J Prim Health Care. 2002 Jun;20(2):102-7

[11] O'Donnell M, Lose G, Sykes D et al. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. Eur Urol. 2005 Mar;47(3):385-92; discussion 392. Epub 2004 Nov 21

[12] Chaliha C, Stanton SL. The ethnic cultural and social aspects of incontinence--a pilot study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1999;10(3):166-70

[13] Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ, Tincello DG. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. Fam Pract. 2007 Dec;24(6):585-93. Epub 2007 Oct 25

[14] van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. Br J Gen Pract. 2006 Dec;56(533):945-9

[15] Kocak I, Okyay P, Dundar M et al. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. Eur Urol. 2005 Oct;48(4):634-41.

[16] Biri A, Durukan E, Maral I et al. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Nov;17(6):604-10. Epub 2006 Apr 21

[17] Onur R, Deveci SE, Rahman S et al. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. Int J Urol. 2009 Jun;16(6):566-9. doi: 10.1111/j.1442-2042.2009.02311.x. Epub 2009 Apr 28

[18] Chevalier P. Drie vragen om urge- van stressincontinentie te onderscheiden. Minerva 2007 6(3):41-43

[19] Hendriks EJ, Bernards AT, Staal JB et al. Factorial validity and internal consistency of the PRAFAB questionnaire in women with stress urinary incontinence. BMC Urol. 2008 Jan 24;8:1. doi: 10.1186/1471-2490-8-1

[20] La Rédaction Minerva. Preventie van incontinentie: is training van de bekkenbodemspieren effectief? Minerva Online 2013-09

[21] Lagro-Janssen T. Incontinentie bij vrouwen: goed nieuws over niet-medicamenteuze aanpak. Minerva 2000; 29(2): 100-105

[22] Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. Int Urogynecol J. 2013 Jun;24(6):889-99. doi: 10.1007/s00192-012-2017-3. Epub 2013 Feb 23

[23] Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med. 2014 Feb;48(4):299-310. doi: 10.1136/bjsports-2012-091758. Epub 2013 Jan 30

Bijlagen

Bijlage 1

Taboes rond urine-incontinentie bij Turkse vrouwen in WGC De Sleep

VRAGENLIJST

1. Wat is uw leeftijd? …….. jaar

2. Welk diploma heeft U?
   - ○ geen opleiding gevolgd
   - ○ lagere school diploma
   - ○ middelbare school diploma
   - ○ hoger/universitair diploma

3. Hoeveel kinderen heeft U?

   Via de natuurlijke weg …… kind(eren)
   Met keizersnede …… kind(eren)

4. Heeft u (vroeger of nu) wel eens urineverlies gehad (ook al is het een klein beetje)?
   - ○ Ja → *ga verder*
   - ○ Nee → *ga onmiddellijk naar vraag 10 en 11*

5. Heeft U urineverlies gehad *(meerdere antwoorden mogelijk)*
   - ○ Bij het uitoefenen van fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen of lichamelijke inspanning?
   - ○ Bij aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen, u haalde het toilet echter niet op tijd?
   - ○ Zonder fysieke activiteit en het gevoel van aandrang?

6. Wanneer trad het urineverlies het vaakst op? *(1 antwoord mogelijk)*
   - ○ Bij het uitoefenen van fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen of lichamelijke inspanning?
   - ○ Bij aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen, u haalde het toilet echter niet op tijd?
   - ○ Zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van aandrang?
   - ○ Ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij het gevoel van aandrang?

7. Kruis aan wat voor U van toepassing is

Voor mijn urineverlies gebruik ik nooit maandverband of inlegkruisjes	
Af en toe gebruik ik maandverband of moet ik mijn ondergoed verschonen	
Als regel draag ik maandverband of verschoon ik mijn ondergoed meerdere keren per dag	
Ik moet altijd maandverband gebruiken voor mijn urineverlies	

Het urineverlies is slechts een druppeltje	
Ik verlies ook wel eens een scheutje urine	
Het urineverlies is zo groot dat het mijn maandverband en/of kleren goed nat maakt	
Het urineverlies is zo groot dat het maandverband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt	

Onvrijwillig urineverlies treedt bij mij op:

1 keer per week of minder	
Méér dan 1, maar minder dan 3 keer per week	
Méér dan 3 keer per week, maar niet elke dag	
Elke dag	

Door mijn urineverlies:

Laat ik me niet hinderen in mijn dagelijkse leven	
Ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere zware lichamelijke activiteiten	
Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die urineverlies veroorzaken	
Kom ik bijna de deur niet meer uit	

Mijn urineverlies kan me eigenlijk niets schelen	
Ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee	
Ik vind mijn urineverlies vies	
Ik walg van mezelf door mijn urineverlies	

8. Heeft U dit probleem met uw huisarts (in De Sleep of met een andere arts) besproken?
   - ○ Ja
   - ○ Nee

9. Zou U dit probleem met uw huisarts willen bespreken (maar aarzelt U)?
   - ○ Ja
   - ○ Nee

10. Indien U urineverlies zou hebben , zou U dit met de huisarts bespreken?
    - ○ Ja
    - ○ Nee

11. Waarom heeft U hierover niet met uw huisarts gesproken/ wil U hierover niet met uw huisarts praten? *Omcirkel wat van toepassing is*

○ Ik schaam me over ongewild urineverlies

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Mijn arts is een man en ik bespreek dit probleem liever met een vrouwelijke arts

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Mijn arts kan hier toch niks aan doen. Er is toch geen behandeling

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Mijn gezondheid ligt in de handen van Allah, niet in de handen van mijn arts

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Ik spreek de taal onvoldoende om dit te bespreken

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Urineverlies is geen ziekte, maar een normaal onderdeel van het ouder worden

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Urineverlies is geen ziekte, maar een gevolg van het krijgen van kinderen

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Ik heb zelf een oplossing gevonden om met het urineverlies om te gaan (o.a. incontinentiemateriaal, minder drinken, thuis blijven)

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Ik denk dat het urineverlies vanzelf zal verminderen of stoppen

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Ik denk dat de dokter dit niet belangrijk genoeg zal vinden om aandachtig te luisteren

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

○ Ik heb andere medische problemen die mij meer zorgen baren dan ongewild urineverlies

Helemaal niet	Een beetje	Matig	Heel erg

Bijlage 2

STUDIEPROTOCOL

Taboes rond urine-incontinentie bij Turkse vrouwen in WGC De Sleep

Door Nele Rasschaert, in het kader van de opleiding Master na Master in de Huisartsgeneeskunde
Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx
Co-promotor: Dr. Annelies Peeters
Uitgevoerd in Wijkgezondheidscentrum De Sleep, Gent

Inleiding

Urine-incontinentie is een prevalente aandoening. Studies over urine-incontinentie tonen een prevalentie bij vrouwen van 25-49% en een significant negatieve impact op de kwaliteit van leven [1]. Toch is er slechts een kleine minderheid van de patiënten die dit probleem aankaart bij de arts. Zelfs van de patiënten die dagelijks erge hinder ondervinden, consulteert slechts de helft een arts voor dit probleem. In eerdere studies blijken de redenen voor het niet zoeken van hulp bleken onder andere schaamte, het idee dat deze conditie een normaal gevolg is van het ouder worden of kinderen baren, een gebrek aan kennis over de mogelijke behandelingen of angst voor een chirurgisch interventie [2]. Voor etnisch-culturele minderheidsgroepen is de drempel om een gezondheidszorgmedewerker te consulteren nog hoger, onder andere wegens de taalbarrière, culturele en religieuze verschillen en gevoelens van schaamte. Zo waren Pakistaanse migrantenvrouwen in Engeland en Marokkaanse en Turkse migranten in Nederland significant ondervertegenwoordigd in de statistieken rond incontinentie [3,4].
Wijkgezondheidscentrum De Sleep telt een hoog aantal Turkse patiënten. Toch is het aantal patiënten gekend met urine-incontinentie eerder laag. Nochtans leren studies uit Turkije ons dat de prevalentie er even hoog is als in andere landen: 49,5% in het westen van het land en 46,5% in het oosten. Hoewel in deze studies 53% van de ondervraagde patiënten het urineverlies als niet hinderlijk beschouwde, sprak toch slechts 12,6% van de vrouwen hierover met een arts [5]. Dit toont een kloof tussen patiënten die het urineverlies wél als hinderlijk ervaren, maar er toch niet in slagen dit probleem met een arts te bespreken. Cijfers over de prevalentie en de mate van ernst van urine-incontinentie bij Turkse vrouwen behorend tot de patiëntenpopulatie van WGC De Sleep zijn niet gekend.
Om de kwaliteit van zorg aan onze patiënten te bevorderen, wordt deze studie opgestart. Voornamelijk willen we de prevalentie van en de taboes en opvattingen rond urine-incontinentie leren kennen. Deze info is immer onontbeerlijk voor om de bespreekbaarheid van dit probleem voor onze patiënten te vergroten.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn:

1) Wat is de prevalentie van urine-incontinentie bij Turkse vrouwen ouder dan 18 jaar in WGC De Sleep?
2) Wat zijn de taboes en opvattingen rond urine-incontinentie die vrouwen ervan weerhouden deze problematiek met hun huisarts te bespreken?

Methodologie

Het onderzoeksdesign zal bestaan uit twee luiken.

1) Het eerste luik omvat een korte vragenlijst (zie bijlage 1). De vragenlijst bevraagt allereerst enkele epidemiologische kenmerken (leeftijd, opleidingsniveau en pariteit). Vervolgens

wordt aan de hand van de 3 incontinence Questions *(Pfizer inc.)* gepeild naar het type urine-incontinentie en via de PREFAB *(Vlierhout)* naar de objectieve en subjectieve hinder van urine-incontinentie. Tot slot worden met een aantal vragen de hulpvraag van de patiënt en de redenen voor het niet zoeken van hulp onderzocht.
De inclusiecriteria zijn Turkse afkomst[2], ouder dan 18 jaar en consulterend in het wijkgezondheidscentrum De Sleep. Elke patiënt kan slechts één keer deelnemen. Het doel is om 250 ingevulde vragenlijsten te verzamelen.
De vragenlijst wordt opgesteld in het Nederlands en vertaald naar het Turks. De vragenlijst wordt volledig anoniem ingevuld.
De verwerking van de resultaten zal gebeuren met het statisch programma SPSS.

2) Het tweede luik van het onderzoek bestaat uit semigestructureerde diepte interviews. In de interviews zal dieper worden ingegaan op de hulpvraag (*help seeking behaviour*) en de redenen voor het niet zoeken van hulp. De ambitie is om een 10-tal deelnemers te recruteren.
Voorgaand aan het interview wordt de tijd genomen om de opzet van het onderzoek uit te leggen en het informed consent (zie bijlage 2) in te vullen. Het informed consent is opgesteld in het Nederlands en vertaald naar het Turks en wordt pas ingevuld zodra de geïnterviewden verklaren alle info goed begrepen te hebben.
De interviews zullen afgenomen worden door de onderzoeker en eenzelfde Turkstalige tolk. Beiden zijn uiteraard gebonden aan het beroepsgeheim. De interviews zullen opgenomen worden op geluidsband. De verwerking gebeurd aan de hand van het softwareprogramma NVIVO.

Planning

Maart tot juni 2013

- Vastleggen onderzoeksvraag in samenwerking met promotor, co -promotor en praktijkopleider
- Grondige literatuurstudie waarbij volgende onderwerpen aan bod komen:
  - Guidelines urine-incontinentie bij vrouwen
  - Artikels over urine-incontinentie bij vrouwen en help seeking behaviour bij urine-incontinentie
  - Studies over urine-incontinentie in Turkije en Turkse guidelines
  - Gelijkaardige studies
  - Methodologie van kwalitatief onderzoek

Juli - september 2013:

- Opstellen van een studieprotocol, gesteund op literatuuronderzoek
- Ontwerpen van een vragenlijst, in samenspraak met promotor en ervaren hulpverleners
- Opstellen van de vragen voor kwalitatief onderzoek
- Vertaling van beide vragenlijsten naar het Turks
- Pilot study en opsporen van problemen bij vragenlijsten
- Opstellen aanvraag ethisch comité

Oktober –december 2013

- Uitwerken concrete planning in samenwerking met collega's

[2] Turkse vrouwen met een ouder of grootouder die in Turkije is geboren, ongeacht of ze de Belgische nationaliteit bezitten of niet

Januari- juni 2014

- Zoeken van kandidaten en verzamelen gegevens
- Verwerking gegevens

Juli- augustus 2014

- Analyse van gegevens en vergelijking met literatuuronderzoek

September-oktober 2014

- Neerschrijven van de thesis en presentatie

Referenties

[1] National Institute for Health and Care Excellence, redacteur. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. Londen: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2013. p. 387 [2] Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. Fam Pract. 2001 Feb;18(1):48-52.
[3] Wilkinson K. Pakistani women's perceptions and experiences of incontinence. Nursing Standard. 2001 Oct 17-23;16(5):33-9.
[4] van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. Br J Gen Pract. 2006 Dec;56(533):945-9.
[5] Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. Urol Nurs. 2010 Nov-Dec;30(6):327-34

Bijlage 3: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA
Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Tel 03 821 30 00 / Fax 03 829 05 20
www.uza.be / BE 0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44
fax: 03 821 42 54

Prof. dr. K. HENDRICKX
UA
Huisartsgeneeskunde
2610 Wilrijk

Taboes rond urine-incontinentie bij Turkse vrouwen in WGC De Sleep. (ma-na-ma Nele Rasschaert)
Belgisch Registratienummer: B300201318979

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/11/2013	13/41/395	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 18/11/2013.

De volgende bijlagen werden volgens de GCP-ICH richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 2 aangepaste versie 6/11/2013
- Protocol versie 2 aangepaste versie 6/11/2013
- Vragenlijst versie 2 aangepaste versie 6/11/2013
- Informatieformulier versie 2 versie 6/11/2013
- Diverse vraag om mee te werken, versie 2 versie 6/11/2013
- CV onderzoeker Nele Rasschaert

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Mevr. N. RASSCHAERT, Universiteit Gent - Master Huisartsgeneeskunde, De Pintelaan 185 - 9000 Gent
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk