

TOEGANKELIJKHEID VAN ANTICONCEPTIE BIJ VROUWEN UIT KWETSBARE GROEPEN

Een analyse van kwetsbare groepen in het WGC De Brugse Poort

Dr. Chantal NYIRAGUHIRWA, Universiteit Gent

Promotor: Professor Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Marij Sercu, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Mijn dank gaat vooral uit naar mijn promotor en copromotor die dit onderzoek hebben begeleid. Hun raad betekende een enorme steun voor me en hun expertise heeft me geholpen om mijn ideeën vorm te geven, bij het opstellen van dit onderzoeksproject, het verwerken van de verzamelde gegevens en het uitschrijven van deze scriptie.

Ook de collega-artsen van het WGC De Brugse Poort wil ik bedanken voor hun enthousiasme en hulp bij rekrutering van de deelnemers aan de studie. Bedankt voor jullie tijd omdat de uurroosters soms moesten worden aangepast zodanig dat ik mijn onderzoek kon afronden binnen de strakke deadlines.

Bedankt aan Barbara Artoos voor het nalezen van de tekst. Tenslotte wil ik dit eindwerk opdragen aan mijn familie, zowel mijn familie in mijn thuisland die me zo goed mogelijk vanuit Rwanda heeft proberen te ondersteunen, als mijn familie in België, de familie De Wolf, die ervoor gezorgd heeft dat ik me in België meer thuis kon voelen.

Dankzij jullie steun heb ik dit werk tot een goed einde kunnen brengen. Van harte dank.

Abstract

TOEGANKELIJKHEID VAN ANTICONCEPTIE BIJ VROUWEN UIT KWETSBARE GROEPEN

(Een analyse van kwetsbare groepen in het wijkgezondheidscentrum De Brugse Poort)

HAIO: Dr. Chantal NYIRAGUHIRWA

Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS

Co-promotor: Dr. Marij SERCU

Praktijkopleiders: Dr. Luc DE MUYNCK en Dr. Winnie DE ROOVER

Context: Studies hebben aangetoond dat vrouwen uit kwetsbare groepen minder gebruik maken van anticonceptie. Migranten vormen een groot deel van de kwetsbare groepen binnen de samenleving en migratie is op zich een determinant van de gezondheid van migranten. Migratie is een onafhankelijke risicofactor voor ongeplande en /of ongewenste zwangerschappen. Het doel van deze studie was na te gaan welke bepalende redenen zijn die ervoor zorgen dat bij deze vrouwen anticonceptie minder gebruikt wordt en vervolgens na te gaan hoe de huisarts op deze vrouwen kan inspelen om de toegankelijkheid te verbeteren?

Onderzoeksvraag: De onderzoeksvraag was na te gaan welke barrières ervoor zorgen dat vrouwen uit kwetsbare groepen minder gebruik maken van anticonceptie en daaruit te vertrekken om oplossingen te bieden op welke manier de huisarts kan bijdragen om de toegankelijkheid te bevorderen.

Methode: Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, werd allereerst gebruik gemaakt van een verkennende literatuurstudie om het terrein te kaderen. Daarna volgde een korte socio-demografische beschrijving van de inwoners van de wijk Brugse Poort. Daarnaast werd een kwalitatief onderzoek gevoerd waarbij tussen april en augustus 2016 11 semigestructureerde face-to-face interviews werden afgenomen bij volwassen vrouwelijke patiënten van reproductieve leeftijd die voldeden aan de criteria voor kwetsbare groepen. De analyse van de gegevens uit die interviews gebeurde handmatig op uitgeschreven versies van de interviews. **Resultaten:** De meerderheid (90,9%) van de deelnemers waren vrouwelijke migranten van de eerste generatie. Vrouwelijke migranten maken minder gebruik van anticonceptie. Zij vertonen slechtere gezondheidssuitkomsten wat betreft seksuele en reproductieve gezondheid in het algemeen en worden oververtegenwoordigd bij de vraag naar abortus provocatus zoals bleek uit verschillende studies. Uit de interviews komt naar voren dat vrouwen uit deze belangrijke risicogroep voor ongeplande en/of ongewenste zwangerschap het belang van anticonceptie overduidelijk inzien. Anderzijds laten zij blijken dat zij geen greep hebben op het gebruik ervan. Zij voelen zich vaak onzeker vanuit hun culturele achtergrond en zijn bang voor bijwerkingen. Zij zijn gevoelig voor commentaar en advies van vriendinnen en denken dat de arts de anticonceptie vaak te mooi voorstelt. Motivatie door de huisarts vergezeld door het verstrekken van volledige informatie kan bijdragen tot het bevorderen van anticonceptie en daardoor het aantal ongewenste en/of ongeplande zwangerschappen bij deze patiënten doen dalen.

Conclusie: Vrouwelijke migranten in het WGC de Brugse Poort vormen een belangrijk deel van de risicopatiëntengroep voor ongewenste en ongeplande zwangerschappen. Mogelijke redenen hiervoor zijn onjuist gebruik van anticonceptie en angst voor schadelijke effecten hiervan. Zij zijn gevoelig voor wat ze te horen krijgen van hun vriendinnen over bijwerkingen van anticonceptie en zij staan wat achterdochtig tegenover de informatie die wordt verstrekt door de arts.

Contactgegevens: chantal.nyiraguhirwa@ugent.be

INHOUDSOPGAVE

Algemene inleiding	5
Keuze van het onderwerp	5
 Deel 1: Verkennende literatuurstudie	6
1.A. Zoekstrategie.....	6
1.B. Bevindingen van de literatuurstudie	7
1.B.1. Definitie van kwetsbaarheid-kwetsbare groepen	7
1.B.2. Populatiestudies in België en Nederland	7
1.B.3. Verkennende studies rond het onderwerp anticonceptie bij vrouwen uit kwetsbare groepen	8
3. 1. De twee masterthesissen.....	8
3. 2. Andere literatuur.....	8
3. 3. Hoe goed scoren de gezondheidszorgverstrekkers bij kwetsbare migranten?	10
3. 4. Algemene conclusie vanuit het literatuuronderzoek	11
1.C. Onderzoeksvraag en doelstelling van mijn onderzoek	11
 Deel 2: Kwalitatief luik	12
2.A. Inleiding	12
2.B. Demografisch & socio-economisch status patiëntenpopulatie in WGC De Brugse Poort	12
2.C. Onderzoeksvraag	12
2.D. Methoden	13
D.1. Keuze van onderzoeksmethode	13
D.2. Rekrutering van de deelnemers	13
D.3. Interviews	14
D.4. Analyse van de interviews	14
E. Resultaten	15
E.1. Kenmerken van deelnemende patiënten.....	15
E.2. Resultaten van de interviews	15

Discussie	21
Conclusie	24
Referenties	25
Bijlagen	27
Bijlage I: Protocol Ethisch Comité.....	27
Bijlage II: Advies Ethisch Comité.....	28
Bijlage III: Werken met maatschappelijk kwetsbare gezinnen-Armoede criteria.....	30
Bijlage IV: Informatiebrief voor deelnemers en Informed Consent.....	31
Bijlage V: Kenmerken van deelnemers	34
Bijlage VI: Topiclijst vragen Interview.....	35
Bijlage VII: Praktijkprotocol.....	37

Algemene inleiding

‘Uburere buruta ubuvuke, tubyare abo dushoboye kurera’

‘The gift of care is better than the gift of life. Let’s give birth to those we can care for.’

Keuze van het onderwerp

In 2010 kwam ik als vluchteling uit Rwanda naar België. Op dat moment was ik 26 jaar oud en had ik mijn opleiding tot arts in Rwanda succesvol volbracht. Ik heb daar ook gedurende zes maanden als arts gewerkt. Nadat ik aan de voorwaarden voor gelijkwaardigheidserkenning van mijn Rwandese diploma als arts in België had voldaan, ben ik met de huisartsenopleiding gestart. De voorwaarden voor deze erkenning worden door het NARIC (National Academic and professional Recognition and Information Center) persoonlijk gesteld aan iedere arts die in het buitenland is opgeleid en in België als arts aan de slag wil. Aan mij werd gevraagd om de laatste twee jaar van de artsopleiding opnieuw te volgen, na het succesvol afleggen van de Interuniversitaire niveautest artsopleiding. Met het behaalde resultaat op deze test mocht ik hier in Vlaanderen in het zesde jaar van de artsopleiding instappen en na het succesvol afwerken van deze laatste twee jaar (zesde en zevende jaar) werd mijn Rwandese diploma gelijkgesteld aan het Vlaamse diploma. Het eerste jaar van de huisartsenpraktijkopleiding zat ik in een solo - huisartsenpraktijk in een kleine stad op het platteland (Zelee). Nu zet ik het tweede jaar van de opleiding verder in een stedelijk gelegen wijkgezondheidscentrum (Gent), met een demografisch en socio-economisch gevarieerde patiëntenpopulatie. Mijn interesse voor het onderwerp van seksuele en reproductieve gezondheid, en in het bijzonder van onbedoelde zwangerschap en anticonceptiegebruik bij vrouwen uit kwetsbare groepen, is ontstaan vanuit mijn eigen verleden. Mijn ervaring als jonge vrouw en arts in Rwanda was dat anticonceptie in consultatieruimtes niet vrij besproken wordt, vooral niet met jonge ongehuwde patiënten. In de Rwandese cultuur rust er (nog) een taboe op seksuele en reproductieve gezondheid en mensen hebben schroom om over hun seksualiteit te spreken, zelfs met de arts, vooral als het over preventieve seksuele en reproductieve gezondheidszorg gaat. Bovendien wordt er tijdens de artsopleiding niet genoeg aandacht besteed aan dit onderwerp. Tijdens mijn eerste jaar opleiding hier, dus het zesde jaar van artsopleiding, merkte ik het grote verschil tussen de aandacht die hier aan anticonceptie besteed wordt en bij ons in Rwanda. Tijdens mijn huisartsenpraktijkopleiding in Zelee kreeg ik regelmatig patiënten met de vraag naar anticonceptie over de vloer en het hele jaar door zag ik slechts één patiënte met een ongeplande en ongewenste zwangerschap met de vraag voor een doorverwijzing voor een abortus. In de groepspraktijk waar ik nu sta hoor ik van ervaren collega’s dat de patiëntenpopulatie een aanzienlijk aantal grote gezinnen bevat met veel kinderen, waarvan de ouders het moeilijk hebben om hun kinderen deftig op te voeden. Consistent anticonceptiegebruik in de praktijk laat te wensen over. Ook al zijn in België betrouwbare moderne anticonceptiemiddelen ruim verkrijgbaar, toch zien we dat deze niet doeltreffend gebruikt worden. De ongelijkheden in de toegang tot en gebruik van anticonceptie in de twee praktijken waren voor mij opvallend. Zo viel me op dat het patiëntenpubliek in het wijkgezondheidscentrum meer kwetsbare mensen omvat en dat er meer vraag is naar abortus provocatus bij jonge vrouwen in vergelijking met de solopraktijk. Daarom wil ik via deze masterthesis meer te weten te komen over de reden waarom deze vrouwen uit kwetsbare groepen minder gebruik maken van anticonceptie en wat de huisarts in dergelijke gevallen zou kunnen doen om de toegankelijkheid te bevorderen. Mijn aandacht gaat hierbij in het bijzonder uit naar migranten. Deze vormen een belangrijk onderdeel van kwetsbare groepen binnen de samenleving.

Eerst volgt er een literatuurstudie naar mogelijke factoren die een rol spelen in de ongelijkheid in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg, meer bepaald tot anticonceptie en dit in verschillende contexten. Vervolgens zal ik in het WGC een kwalitatief onderzoek bij volwassenen vrouwelijke patiënten van vruchtbare leeftijd uitvoeren. Via hen wil ik de problematiek bij de populatie in de praktijk in kaart brengen en vergelijken met wat eerder, in andere voorgaande studies, werd beschreven. Tenslotte zal ik mogelijke oplossingen kunnen formuleren om de toegankelijkheid tot voorbehoedsmiddelen in de praktijk te verbeteren.

DEEL 1. Verkennend literatuuronderzoek

A. Zoekstrategie

In eerste instantie werden bestaande masterthesissen over seksuele en reproductieve gezondheidszorg en anticonceptiegebruik geraadpleegd. Daarbij werd gebruik gemaakt van volgende zoektermen: ‘anticonceptie(gebruik)’, ‘kwetsbare groepen’, ‘anticonceptiebeleid’ om te zoeken in de databank van masterproeven op de ICHO (Interuniversitaire Centrum voor Huisartsenopleiding) website (www.icho-info.be). Ik vond twee masterthesissen zeer nuttig voor mijn onderzoek en ik heb ze in de literatuurlijst opgenomen (zie literatuurlijst 11 en 12). Verder werd ook gezocht in de Vlaamse en Nederlandse richtlijnen (Domus Medica en NHG standaarden). Deze richtlijnen leverden informatie over somatische en biologische aspecten van de verschillende anticonceptiemethoden. Hieruit haalde ik informatie en kennis die nuttig waren voor een goede medische praktijkvoering, maar niet meteen relevant waren voor mijn onderzoeksvraag. Het Vlaamse Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid (www.sensoa.be) was een belangrijke bron van informatie inzake de stand van zaken rond anticonceptiegebruik op nationaal niveau (in België).

Er werd ook gezocht naar internationale publicaties rond de problematiek van onvervulde behoefte aan voorbehoedsmiddelen, om een brede kijk op die problematiek te krijgen. Daarvoor werd er met behulp van volgende Engelse zoektermen in de Reproductieve Gezondheidsdatabank ‘www.popline.org’ gezocht: ‘contraception’, ‘vulnerable groups’, ‘contraception policy’. Vervolgens heb ik een tweede zoektocht in dezelfde databank ondernomen waarbij de bovenstaande zoektermen werden gecombineerd met de term ‘migrants’ (‘migranten’).

Een andere zoektocht was gericht op hoe de professionele hulpverlener scoort bij de gezondheidsverlening aan kwetsbare migranten. Ik gebruikte daarvoor de zoektermen ‘gezondheidszorg’, ‘migranten’, ‘huisarts’ in de internetzoekmachine Google Scholar. Hierbij vond ik één wetenschappelijke artikel en één doctoraatsthesis met informatie over gezondheidsverlening aan migranten. Deze twee bronnen zijn gericht op communicatie in het algemeen tussen artsen en patiënten met een andere culturele achtergrond. Een andere bron van informatie was het werk gepresenteerd op de tweejaarlijkse conferentie van het ‘European Society of Contraception’ in mei 2016, in Basel (Zwitserland). Dit jaar was het thema: ‘Contraception: from molecular biology to social sciences and politics’; (<http://www.esrh.eu/events/esc-events/2016>). Twee presentaties waren interessant voor mijn onderzoek, namelijk ‘How to prevent and minimise contraceptive failure - the psychosomatic perspective and approach’ en ‘Reproductive Health Care for Asylum-seeking Women’. De gepresenteerde onderzoeksresultaten kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van specifieke strategieën voor de hulpverlening inzake seksuele gezondheid aan risicopopulaties.

Voor een goed en gemeenschappelijk begrip van de term ‘kwetsbare groepen’ heb ik ook naar een definitie van de term ‘kwetsbaarheid’ gezocht. Vertrekkend vanuit de idee van de maatschappelijke determinanten van gezondheid, gedefinieerd door de WHO, zocht ik naar publicaties van de WHO-commissie hierrond. Deze leverden geen beknopte definitie ervan op. Ik heb dan me verder verdiept in publicaties en rapporten van de World Social Situation (publicaties van het VN-departement van Economische en Maatschappelijke Zaken) en vond er de onderstaande definitie van kwetsbaarheid (zie bevindingen van de literatuurstudie). Deze gaf dan wel een goede omschrijving van het begrip ‘kwetsbaarheid’ maar was echter niet praktisch om de doelgroep voor deze masterthesis te bepalen. Vervolgens heb ik de visietekst van Kind en Gezin over ‘werken met maatschappelijk kwetsbare gezinnen’ geraadpleegd (zie bijlage III). Deze gaf wel een praktische leidraad om goed omschreven criteria voor de doelgroep te bepalen.

B. Bevindingen van de literatuurstudie

1. Definitie van kwetsbaarheid-kwetsbare groepen

‘Kwetsbaarheid’ wordt omschreven als ‘een toestand van hoge blootstelling aan bepaalde risico's en onzekerheden, in combinatie met een verminderd vermogen om zichzelf te beschermen of zichzelf te verdedigen tegen deze risico's en onzekerheden en om te gaan met hun negatieve gevolgen’. (VN definitie).(1)

De termen ‘kansarmoede’, ‘laag socio-economisch status’ en ‘sociale deprivatie’ worden beschreven en zijn nauw verwant aan het begrip ‘kwetsbaarheid’. ‘Kansarmoede’ wordt gedefinieerd door Kind en Gezin als een ‘toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting en gezondheidszorg. Het gaat hierbij niet om een eenmalig feit, maar om een duurzame toestand die zich voordoet op verschillende terreinen, zowel materiële als immateriële’.(2)

Migranten vormen een belangrijk deel van de kwetsbare groep binnen de samenleving. Als gevolg van verschillende barrières bijvoorbeeld op juridisch, socio-economisch vlak en op gebied van de taal, worden migranten blootgesteld aan tal van gezondheidsrisico's en kwetsbaarheden(3). In één studie bij vrouwen die om vrijwillige zwangerschapsafbreking vroegen in een Zweeds ziekenhuis, concludeerden de auteurs dat de migrantstatus op zich een onafhankelijke risicofactor vormt voor zwangerschapsafbreking (4).

2. Populatiestudies: situatie in België en Nederland

Volgens het meest recente Belgisch statistisch tweejaarlijkse nationaal verslag over vrijwillige zwangerschapsafbreking (cijfers 2010-2011), gepubliceerd in 2012, is er in België een stijging merkbaar van het aantal gepleegde abortussen in vergelijking met de voorgaande jaren.(5) Anderzijds wijzen recente verkoopcijfers van anticonceptiemiddelen, geregistreerd door de Algemene Farmaceutische Bond (APB), op een stijging van het aantal aangeschafte anticonceptiemiddelen over de voorbije 11 jaar, dus van anticonceptiegebruik bij vrouwen in de reproductieve levensfase. Zo blijkt dat het anticonceptiegebruik bij jongeren (15-21j) is verdubbeld en dat er binnen deze groep een voorkeur bestaat voor langdurige anticonceptie.(6, 7) Een verklaring voor deze ogenschijnlijke tegenspraak is dat het gestegen aantal zwangerschapsafbrekingen gedeeltelijk te wijten is aan een betere registratie. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, commissie Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, geeft aan dat de registratie van de zwangerschapsafbrekingen door

Belgische abortuscentra en ziekenhuizen voor de jaren 2010 - 2011 verbeterd zijn en het gestegen aantal abortussen niet per se wil betekenen dat in België meer en meer abortussen worden gepleegd.(8) Wanneer we de cijfers per regio bekijken, staat Brussel qua aantal abortussen vooraan. In Vlaanderen komt Oost-Vlaanderen op de tweede plaats, na de Provincie Antwerpen. De meerderheid van abortussen worden door vrouwen ouder dan 20 jaar gepleegd. Bovendien heeft in de Brusselse regio slechts één derde van de vrouwen bij wie abortus wordt gepleegd de Belgische nationaliteit. Bij het totale aantal vrouwen dat abortus pleegde in dezelfde registratie geeft 42% aan geen anticonceptie te gebruiken en 30,8% signaleren een falend pilgebruik.(8)

Sensoa benadrukt op zijn website dat kwetsbare migranten (met name de migranten van de eerste generatie die op basis van sociale, economische en/of culturele redenen kwetsbaarder zijn voor seksuele gezondheidsrisico's) beperkt toegang hebben tot niet alleen anticonceptie maar tot het gehele pakket van seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Er zijn weinig recente gegevens beschikbaar over ongeplande zwangerschap bij migranten, onder meer omdat etnische afkomst niet verplicht is bij de registratie voor de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking (9). Een onderzoek uit 2004 toont aan dat 40% van de vrouwen die een abortus liet uitvoeren in één van de Nederlandstalige abortuscentra in Vlaanderen van niet-Belgische afkomst was. 80% van deze groep waren nieuwkomers (Vissers, 2004).(10)

Cijfers uit Nederland laten een vergelijkbare trend zien: slechts 36,4% van de vrouwen die om abortus vroegen zijn van Nederlandse afkomst. De hoogste percentages betroffen daar vrouwen uit de Antillen (43,1 per 1.000), Suriname (31,2) en Afrika (30,2). (9)

3. Verkennende studies rond het onderwerp anticonceptie bij vrouwen uit kwetsbare groepen

3.1 De twee masterthesissen

Een aantal studies wijzen erop dat een laag socio-economisch status en/of vreemde herkomst hoge risicofactoren vormen voor beperkte toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Een eerste beschreven risicofactor vormt het incorrect of inconsistent anticonceptiegebruik als een belangrijke risicofactor voor ongeplande en ongewenste zwangerschap. Bij een onderzoek over de kennis en gebruik van anticonceptie bij meisjes tussen 14 en 18 jaar in het Wijkgezondheidscentrum De Botermarkt vond Dr. H. De Ruelle dat gebrek aan kennis van de werking en het praktisch gebruik van voorbehoedsmiddelen een belangrijke rol speelt bij inconsistent pilgebruik(11). In een andere studie in dezelfde groepspraktijk werd onderzocht hoe vrouwelijke patiënten van Oost-Europese afkomst over anticonceptie denken. Deze studie toont aan dat mythes uit het land van herkomst over anticonceptie een grote rol spelen. Een voorbeeld hiervan is 'schadelijke effecten van anticonceptie'. Uit dit onderzoek bleek ook dat de meerderheid van de ondervraagde vrouwen meer informatie wensten te krijgen over verschillende anticonceptiemethoden. Andere aangegeven redenen voor het niet gebruiken van anticonceptie bij deze vrouwen waren: verschillen in wetgeving in verband met geboorteregeling in het land van herkomst, sociale normen, ideeën en verwachtingen ten opzichte van seksualiteit vanuit het land van herkomst.(12)

3.2 Andere literatuur

Het bereiken van een universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en tot reproductieve rechten waaronder anticonceptie, is een van de doelstellingen van de duurzame ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties (VN) (SDG 5.6).(13)

Ook de Europese Unie verwijst naar (seksuele en reproductieve) gezondheid als een mensenrecht en verdedigt een universele toegang(14). De ongelijkheden in de toegang blijven groot en het Europese kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie meldt grote verschillen in en tussen de Europese landen, meer bepaald een kwantitatief verschil in on vervulde behoefte aan anticonceptie tussen 5% en 23% binnen de Europese regio. Tussen de Europese landen is de hoogste anticonceptieprevalentie terug te vinden in landen zoals Noorwegen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. Een lage prevalentie wordt in deze landen beschreven: Bosnië en Herzegovina en Macedonië. Binnen in de landen zelf worden bepaalde groepen zoals migranten geconfronteerd met moeilijkere toegankelijkheid van seksuele en reproductieve gezondheidszorgdiensten. Slechtere gezondheidsuitkomsten wat betreft (seksuele) gezondheidszorg zijn bij migranten beschreven (hogere maternale morbiditeit en mortaliteit; zij vertonen slechtere zwangerschapsuitkomsten en hebben beperkte toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg (o.a. gezinsplanning en veilige abortusdiensten); zij vertonen onder andere een hogere prevalentie voor HIV-infectie en andere SOA's; Zij lopen meer risico om slachtoffer te worden van culturele schadelijke acties zoals genitale verminking. De meeste kwetsbare groepen zijn Roma, etnische minderheden in het algemeen, mensen in armoede, migranten van de eerste generatie en intern ontheemde personen (IDP's).(15) Hoewel er binnen de Europese regio veel vooruitgang is geboekt voor een toegankelijke seksuele en reproductieve gezondheidszorg, is universele toegang nog altijd een verre droom. (17)

Uit deze literatuurstudie bleek dat de groep van kwetsbare migranten in verband met beperkte toegang tot anticonceptie de best bestudeerde groep is binnen de verschillende kwetsbare groepen. De studies zijn het er over eens dat pas geïmmigreerde migranten nóg kwetsbaarder zijn dan de rest van de groep. Verschillende studies hebben zich gefocust op de mogelijke oorzaken van een onvoldoende toegang tot moderne anticonceptie bij kwetsbare migranten in Europa.

Ines Keygnaert et al. beschreven in hun onderzoek barrières tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg van migranten in Europa. Hoewel migratie al sinds lang een zorgwekkend onderwerp is binnen de maatschappelijke gezondheidszorg, ondervonden de onderzoekers dat migranten vooral op het vlak van proactief bezig zijn met hun gezondheid benadeeld worden. Op vlak van preventie wordt een benadeling beschreven. Dit uit zich in het feit dat migranten minder gescreeend worden voor bijvoorbeeld cervixkanker. Het heeft ook te maken met onwetendheid over de organisatie van de gezondheidszorg in het gastland. Het onderzoek besluit dat er bijzondere aandacht nodig is voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg voor migranten. De uitkomsten wat betreft seksuele en reproductieve gezondheid zijn bij hen slechter dan bij niet-migrantten.(15, 16)

Een andere beschreven barrière voor een toegankelijke (seksuele) gezondheidszorg bij migranten is hun wettelijk verblijfsstatus.(17)

Een kleinschalige Gentse studie over het anticonceptiegebruik bij mensen zonder wettig verblijfsstatus (MZWV) ging uit van de hypothese dat migranten en in bijzonder MZWV-ers een on vervulde behoefte aan anticonceptie hebben. Het onderzoek toonde aan dat de Gentse gezondheidszorgverleners problemen ondervonden en signaleerden bij het verlenen van de zorg aan deze groep van patiënten. Zowel taal- en cultuurbarrières als barrières op het vlak van anticonceptiebeleid en wetgeving errond, bijvoorbeeld terugbetalingsmodaliteiten, werden aangekaart. Volgens het onderzoek blijft er onduidelijkheid over de verschillende terugbetalingsmodaliteiten van anticonceptie en de regeling die de OCMW's hanteren is niet uniform. De meerderheid van de deelnemers vindt het moeilijk om anticonceptie bespreekbaar te maken bij MZWV-ers en wijt dit vooral aan taalbarrières en communicatieproblemen.(18)

Een vergelijkbare trend werd beschreven in een onderzoek bij zwangere migranten in Geneve (Zwitserland) waar een hoger aantal ongeplande zwangerschappen werd opgemerkt bij vrouwen zonder papieren (zonder wettig verblijf) dan bij vrouwelijke migranten met een wettelijk verblijfsstatus. (19). In deze studie waren 75% van de zwangerschappen bij MZWV ongepland ten opzichte van 21% bij vrouwelijke migranten met wettelijk

verblijfsstatus (OR:8.0(4,7; 13,5)). In Spanje leert een transversaal onderzoek naar vrijwillige zwangerschapsafbreking ons dat meer dan één derde van de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen gebeurt bij geïmmigreerde vrouwen. (20)

In de literatuur worden pas aangekomen migranten als een bijzonder kwetsbare groep bestempeld. Een Canadese studie die de toegankelijkheid van anticonceptie bij pas aangekomen vluchtelingen onderzocht door de indicator 'onvervulde behoefte aan anticonceptie' bij deze vluchtelingen te berekenen, kwam tot een cijfer van 26,8%, wat te vergelijken valt met de waarde van deze indicator in ontwikkelingslanden. De onderzoekers bevelen aan om vrouwelijke nieuwkomers die voor de eerste keer in Canada op gezondheidszorg beroep doen systematisch te screenen op anticonceptiegebruik. (21)

In Nederland vond een onderzoek gebaseerd op bevolkingsregister een prevalentie van 30,2 gepleegde abortussen per 1000 vrouwen bij vluchtelingen in vergelijking met 16,7 per 1000 bij niet-migrant. De onderzoekers concludeerden dat anticonceptieprevalentie zou kunnen lager liggen bij vluchtelingen omwille van verschillende redenen zoals beperkte toegang tot anticonceptie, gebrek aan kennis van verschillende anticonceptiemethoden, hun gebruikswijze, en over het gezondheidssysteem in het gastland, angst voor schadelijke effecten van anticonceptie en culturele en/of religieuze redenen. Wat betreft het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen rond seksuele en reproductieve gezondheid wordt er aangenomen dat het verschil in gebruik tussen geïmmigreerde en nationale burgers minder uitgesproken wordt naarmate het verblijf in het gastland langer duurt (16).

3.3 Hoe goed scoren de gezondheidszorgverstrekkers bij kwetsbare migranten?

De communicatie tussen hulpverleners en patiënten en tussen hulpverleners onderling beïnvloedt de kwaliteit van de verleende zorg. (22) De communicatie met patiënten met een andere culturele achtergrond werd eerder bestudeerd en hierbij verwijs ik naar het TOPOI model van dr. Edwin Hoffman. Dit is een systematiek van essentiële aandachtspunten en handvaten om in de gespreksvoering met mensen met een andere etnische en maatschappelijke achtergrond culturele verschillen en misverstanden op te sporen en aan te pakken. Het letterwoord TOPOI staat voor Taal Ordening Personen Organisatie Inzet als vijf gebieden waar je misverstanden kunt achterhalen en aanpakken. Deze vijf gebieden van TOPOI zijn met elkaar verbonden en zijn een operationalisering en concretisering van het containerbegrip 'cultuur'. Het is in dat opzicht geen ontkenning van culturele kenmerken en culturele verschillen maar eerder een concretisering ervan. Volgens dit model zijn culturele kenmerken en culturele verschillen gekoppeld aan vijf belangrijke gebieden van communicatie (de TOPOI gebieden) en niet aan bepaalde etnische groepen of clusters van etnische groepen. Het reduceert mensen niet tot drager van een cultuur, maar ziet de mens als unieke persoonlijkheid. Een voorbeeld is het gebied van taal welke zowel de verbale en non-verbale taal van de deelnemers aan het gesprek omvat. (23) S. De Maesschalck vond in haar onderzoek naar diversiteit en cultuur tijdens de huisartsraadpleging dat attitudes van artsen een rol blijken te spelen in hoe ze omgaan met de emoties van patiënten. Artsen die een expliciete positievere attitude hebben ten aanzien van patiëntgericht werken en ten aanzien van werken met migranten zullen patiënten meer stimuleren om hun bezorgdheden, angsten en twijfels te bespreken. (24)

Een Noorse studie vergeleek het gebruik van hormonale anticonceptie tussen vrouwelijke migranten en niet-migrant. Deze studie kwam tot de conclusie dat het hebben van een vrouwelijke huisarts een positieve invloed had op het correct gebruik van contraceptie. Bij deze studie werd er vastgesteld dat hulpverlenergebonden factoren medicatiegebruik beïnvloeden. Verder bleek dat vrouwelijke migranten een voorkeur hebben voor een huisarts met migratieachtergrond. Het werd echter niet bestudeerd of deze voorkeur een invloed had op anticonceptiegebruik. (25)

4. Algemene conclusie vanuit het literatuuronderzoek

Vrouwelijke migranten en nieuwkomers maken te weinig gebruik van anticonceptie. Een hoger aantal zwangerschapsafbrekingen is dan ook bij deze groep terug te vinden. Het ondergebruik van anticonceptie is toe te schrijven aan diverse factoren. Het kan stoelen op vooroordelen bij de vrouw vanuit de cultuur waaruit ze vandaan komt. Taalproblemen tijdens de raadpleging spelen zeker ook mee, alsook het statuut van de vrouw: artsen bespreken minder vaak anticonceptie bij vrouwen zonder papieren. Een gebrek aan vrouwelijke artsen met een migratie-achtergrond verhoogt de drempel om anticonceptie ter sprake te brengen.

Met de recente migratiestroom in Europa zal het in de toekomst vaker gebeuren dat huisartsen zorg zullen moeten verlenen aan deze patiënten.

Het is vanzelfsprekend dat wat de preventieve seksuele en reproductieve gezondheidszorg betreft anticonceptie een centrale rol speelt, voornamelijk voor de preventie van ongewenste en ongeplande zwangerschappen en hun negatieve gevolgen. 'Anticonceptie heeft meer dan enige andere medische interventie een positieve impact op de mensheid en het algemeen welzijn van de mens aangetoond'.⁽²⁶⁾ Bovendien verhoogt een universele toegang tot anticonceptie de kwaliteit van de verleende zorg in de praktijk. Door deze te verbeteren kunnen wij niet alleen het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen doen dalen, maar ook bijdragen aan het algemeen welzijn van onze patiënten en hun gezinnen. Zoals seksuele netwerken in de samenleving verder gaan dan nationaliteit of migratiestatus, zo is dat ook het geval met de preventie binnen de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Daarom zou informatie rond anticonceptie en gezinsplanning toegankelijk moeten zijn voor iedereen, ongeacht nationaliteit, burgerschap en migratiestatus. De huisarts speelt een belangrijke rol in de preventie en hij/zij is goed geplaatst om ervoor te zorgen dat iedere vrouw in de reproductieve levensfase, ongeacht haar afkomst, voldoende voorlichting krijgt over de verschillende veilige en betrouwbare moderne anticonceptiemiddelen om op basis daarvan een geïnformeerde en weloverwogen keuze te kunnen maken.

C. Onderzoeksvraag en doelstelling van mijn onderzoek.

Het uitgangspunt is de onderzoeksvraag waarom vrouwen uit de kwetsbare migrantengroep beperkte toegang hebben tot anticonceptie en slechtere gezondheidsuitkomsten vertonen wat betreft hun seksuele en reproductieve gezondheid. Zijn er bepaalde zaken waar de huisarts zou op kunnen inspelen om de toegankelijkheid te verbeteren? In dit onderzoek willen wij vrouwelijke migranten die ons wijkgezondheidscentrum consulteren hun verhaal laten vertellen. Na het analyseren van gemeenschappelijke drempels willen wij oplossingen aanbieden.

DEEL 2. Kwalitatief luik

A. Inleiding

Het vermogen om een gezin te plannen en te beslissen wanneer en hoeveel kinderen men wil krijgen is fundamenteel voor de gezondheid van vrouwen, hun gezinnen en het algemene maatschappelijke welzijn.(27) Bovendien is het het recht van elke vrouw van vruchtbare leeftijd (14-49j), die seksueel actief is en geen kinderwens heeft of een zwangerschap wenst uit te stellen, om voldoende toegang tot informatie en diensten over anticonceptie te beschikken (28). Toch bestaan er, zoals vermeld in de literatuur, nog steeds ongelijkheden in het gebruik van anticonceptie bij verschillende groepen van vrouwen binnen de samenleving. De huisartspraktijk waarin het onderzoek wordt uitgevoerd is gevestigd in De Brugse Poort, een kansarme wijk binnen de stad Gent. Door middel van een kwalitatief onderzoek wil ik te weten komen hoe vrouwen uit kwetsbare groepen in onze praktijk het gebruik van anticonceptie en de toegang ertoe ervaren en inpassen in hun levensverhalen.

B. Demografisch en socio-economisch status patiëntenpopulatie in WGC De Brugse Poort

De wijk Brugse Poort Rooigem is een dichtbevolkte, cultureel diverse wijk binnen de stad Gent. Deze telt 19.167 inwoners met een bevolkingsdichtheid van 7,549 / km². Het is een van achtergestelde wijken binnen de stad Gent zoals bleek uit het indicatorenrapport armoede en dit op basis van cijfermateriaal van volgende armoede-indicatoren: onderwijs, gezondheid, huisvesting, inkomen en arbeid en aantal geboorten in kansarme gezinnen.(29). Volgens het indicatorenrapport armoede scoort de wijk slecht op deze armoede-indicatoren. Binnen de stad Gent heeft de Wijk Brugse Poort het hoogste aantal mensen zonder diploma in vergelijking met andere Gentse wijken. Het aandeel personen van buitenlandse herkomst is 48,6%, wat hoger ligt dan het aandeel in de binnenstad (29,5%). De wijk telt ook een hoger percentage alleenstaanden (42,9% tegenover 41,9% voor Gent stad) met een gemiddeld percentage van 10,1% eenoudergezinnen (tegenover 7,6% voor Gent stad) (29). De patiëntenpopulatie van het WGC Brugse Poort is een weerspiegeling van de demografische weergave in de hele wijk.

C. Onderzoeksvraag

Ik wil door middel van een kwalitatief onderzoek te weten te komen hoe deze vrouwen uit kwetsbare groepen binnen de samenleving in onze praktijk het gebruik en de toegang tot anticonceptie ervaren en ook inpassen in hun levensverhalen. Ik wil weten hoe deze vrouwen ervaren wat zij meemaken. Wat is hun perspectief? Hoe passen ze hun ervaringen in hun leven?

D. Methoden

1. Keuze van onderzoeksmethode

We opteerden voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Door een open vraagstelling wil ik peilen naar persoonlijke ervaringen en meningen. Semigestructureerde face-to-face interviews leken ons hier dus de aangewezen methode.

2. Rekrutering van deelnemers

We rekruteerden de deelnemers binnen de patiëntenpopulatie van het WGC Brugse Poort. We beperkten de studiepoulatie tot vrouwen van reproductieve leeftijd (leeftijdscategorie 18 tot 49 jaar). Dat is niet omdat wij anticonceptie bij jongeren van vruchtbare leeftijd vóór 18 jaar niet belangrijk vinden, maar om hen bij het onderzoek te betrekken zou eerst nog toestemming van ouders nodig zijn.

Zoals beschreven in de inclusiecriteria zijn de deelnemers vrouwen van reproductieve leeftijd (18 - 49 jaar) die aan minstens twee van de volgende criteria voldoen (bijlage III):

*in bezit zijn van een verhoogde tegemoetkoming van het ziekenfonds,

*Opleidingsniveau: Secundair onderwijs niet beëindigd of niet in het bezit van een diploma met gelijkaardig niveau als het secundair.

*Functioneel analfabeet zijn (of laaggeletterd; of kan lezen en schrijven, maar beheerst dit op een dusdanig laag niveau dat zij niet in staat is om te functioneren in de maatschappij, zij kan bijvoorbeeld zelf geen formulieren invullen.

*Woonachtig zijn in een kansarme wijk (zoals die worden vermeld in het rapport 'Gent in cijfers'; stad Gent 2015)

*communicatietaal: voldoende kennis van het Nederlands, Frans, of Engels (een noodzaak om de interviews te kunnen doen);

Hoewel het hebben van een migratieachtergrond geen inclusie criterium vormde, waren bij de rekrutering de migranten oververtegenwoordigd in onze deelnemerspopulatie. Tien van de elf deelnemers hebben een migratieachtergrond en behoren bovendien tot de eerste generatie migranten.

De rekrutering en de interviews vonden plaats tussen april 2016 en augustus 2016. De rekrutering van de deelnemers verliep moeizaam. Alle vaste artsen (behalve een die een hoofdzakelijk ouder cliënteel heeft, wat minder interessant is voor het onderzoek) en de 2 haio's (waaronder mezelf), hielpen mee rekruteren. Ze spraken mogelijke kandidaten aan op het moment dat deze bij hen op consultatie kwamen. In totaal werden naar schatting 40 patiënten aangesproken. Verschillende patiënten weigerden meteen om deel te nemen aan het onderzoek. Als voornaamste redenen hiervoor werden tijdsgebrek of wantrouwen over de bedoeling van de studie opgegeven. Achttien patiënten gaven hun akkoord om op een later moment door mezelf telefonisch gecontacteerd te worden om af te spreken voor het interview. Twee patiënten zijn op hun beslissing teruggekomen. Ik kon twee patiënten niet telefonisch bereiken en aangezien ze hun akkoord hadden gegeven, heb ik hen thuis opgezocht maar helaas waren zij op dat moment niet thuis. Van de 14 vrouwen met wie ik telefonisch een afspraak voor het interview kon maken, zijn er drie niet komen opdagen. Uiteindelijk namen in totaal 11 patiënten deel aan dit onderzoek.

3.Interviews

Voor het interview werd het doel van het onderzoek nogmaals uitgelegd om een geïnformeerde toestemming tot deelname te bekomen zoals is beschreven in de *informed consent* (zie bijlage IV). Het interview startte nadat de vrouw de toestemming had bevestigd.

De interviews vonden plaats in het WGC of bij patiënten thuis afhankelijk van de beschikbaarheid van beide partijen en de voorkeur van de patiënte. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten. Alle interviews werden door mezelf afgenomen en op een dictafoon opgenomen. De voertaal was Frans/ Engels/ Nederlands, de taal waarin de patiënte zich het makkelijkst uit kon drukken.

De interviews waren semigestructureerd, en er werd gebruik gemaakt van een topiclijst. De aanvankelijke topiclijst werd opgesteld op basis van thema's die naar boven kwamen in de literatuurstudie. Naarmate het onderzoek vorderde, werden een aantal topics aan de lijst toegevoegd. Deze sproten voort uit de opmerkingen van de eerste deelnemers en werden in de vragenlijst opgenomen voor de daaropvolgende interviews. De uiteindelijke topiclijst van vragen is terug te vinden in bijlage (Bijlage VI).

In deze interviews peilde ik onder meer naar waarden en meningen van deelnemers over het gebruik van anticonceptie, naar de algemene kennis over anticonceptie, het traject van kenniswerving en de specifieke kennis van deelnemers over verschillende anticonceptiemethodes en hun correct gebruik. Verder vroeg ik de deelnemers ook wat voor drempels tot anticonceptiegebruik er voor hen waren.

4.Analyse van de interviews

De opgenomen interviews werden door mezelf uitgetypt, letterlijk zoals de deelnemers het verwoordten in de taal die zij spraken. Twee interviews werden in het Nederlands uitgevoerd, drie in het Frans en de overige zes in het Engels. De analyse gebeurde handmatig op de uitgeschreven versies van de interviews. Eerst werd het tekstmateriaal gecodeerd. De codering gebeurde door mezelf in nauw overleg met mijn copromotor. Hierbij maakten we gebruik van de aanvankelijke topics uit de vragenlijst maar bij het nalezen van de teksten zelf ontdekten we nog bijkomende codes uit nieuwe topics die in de interviews naar boven kwamen. De eerste twee interviews codeerden we onafhankelijk van elkaar en daarbij kwamen we tot ongeveer 90% overeenstemming over de codes. De andere interviews werden door mij gecodeerd terwijl de copromotor fungeerde als *peer debriefer*. Na de coderingsronde heb ik de interviews tot tweemaal toe grondig herlezen om zeker te zijn dat geen belangrijke gegevens en mogelijke codes over het hoofd werden gezien. Ons streefdoel was 30 interviews maar gezien de moeilijke rekrutering kunnen we niet garanderen dat saturatie werd bereikt.

E. Resultaten

- Kenmerken van de deelnemende patiënten:

De demografische karakteristieken van de 11 deelnemende patiënten zijn samengevat in tabel I (zie bijlage V). Het ging over een gevarieerde groep patiënten tussen 22 en 40 jaar oud. Tien van de elf deelnemers zijn migranten van de eerste generatie die al tussen 2 en 14 jaar in België verblijven. De landen van herkomst waren ook zeer gevarieerd. Acht deelnemers kwamen uit Sub-Saharaans Afrika (Ghana, Guinee Conakry, Ivoorkust, Nigeria, RDC en Tanzania), één patiënte was afkomstig uit de Filipijnen en één uit Turkije. Één patiënte was van Belgische afkomst. Twee patiënten konden zich in het Nederlands uitdrukken, drie in het Frans en de resterende zes in het Engels. De meerderheid van de deelnemers had geen hogere opleiding (hogeschool of universiteit) gevolgd in hun land van herkomst of hier in België. De meerderheid had secundair onderwijs gevolgd maar niet beëindigd. Alle deelnemers waren gelovig: 9 waren christenen en 2 moslim.

Op het moment van het onderzoek waren acht van de elf deelnemers aan het werk en de meerderheid werkte met interim-contracten. Drie van de deelnemers volgden een opleiding aangeboden door de VDAB. Een van hen is recentelijk met de opleiding gestopt wegens 'net bevallen'. Tien van de elf deelnemers hadden op moment van het onderzoek een vaste relatie en negen van hen woonden met hun partner samen. Tien van de elf deelnemers hadden al kinderen. Vier van hen hadden al kinderen voordat ze in België aankwamen en van één van hen verbleven haar vier kinderen nog in haar thuisland. Zes van de ondervraagden kregen kinderen na aankomst in België en één van hen was zwanger op het moment van het interview. Een deelneemster had nog geen kinderen. Vier van de elf deelnemers hadden een abortus provocatus achter de rug. De zwangere deelneemster buiten beschouwing gelaten, had geen enkele deelneemster op moment van het onderzoek een kindervens. Qua anticonceptiegebruik gebruikten acht deelnemers 'moderne' anticonceptiemethodes (vier gebruikten de hormonale pil, één deelneemster gebruikte het hormoonspiraal en drie de prikpil), twee deelneemsters gebruikten 'traditionele' ¹ anticonceptiemethodes (één deelnemer gebruikte periodieke onthouding en één de kalendermethode). (zie bijlage V).

- Resultaten van de interviews

Mijn openingsvraag na de begroeting was of de deelneemster de term 'anticonceptie' of 'gezinsplanning' kende. De meerderheid van de deelnemers bleek de term te kennen; aan drie deelnemers heb ik het woord moeten uitleggen.

P10: 'Wat is anticonceptie eigenlijk?'

P6: 'Gezinsplanning, ik begrijp het echt niet.'

Voor één vrouw was het onduidelijk of de anticonceptie ook tegen seksueel overdraagbare aandoeningen bescherming biedt.

¹ Volgens de WHO in zijn rapport 'The world health report' 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Chap IV: Sexual and Reproductive Health; kunnen anticonceptiemethodes verdeeld worden in twee grote categorieën: moderne anticonceptiemethodes en traditionele methodes.

P2 'Anticonceptie, dat is voor vrouwen die geen kindjes willen en willen wachten voor kindjes of die geen condoom willen of schrik hebben dat het gaat scheuren. Maar anticonceptie is ook toch tegen HIV of zo?'

Hoewel de meerderheid van deelnemers in hun thuisland al over anticonceptie had gehoord, zijn alle 11 deelnemers pas anticonceptie beginnen gebruiken na een ongeplande zwangerschap of abortus.

P7: 'Ik werd voor de eerste keer zwanger op de leeftijd van 15 jaar. Toen wist ik niet dat anticonceptie bestond. Ik ben twee keer in eenzelfde jaar bevallen. De eerste bevalling in januari en de tweede in december van eenzelfde jaar. Ik en mijn toenmalige man wisten niets over anticonceptie. Ik leerde anticonceptie kennen via mijn tweede partner. Deze laatste was een verpleger en had het op school geleerd.'

P8: 'Op het moment dat ik pas in België was aangekomen ben ik zwanger geworden. Mijn ex- partner, die hier al langer woonde bracht mij naar een abortuscentrum. Daar vroeg men ons of anticonceptie ons interesseerde. Het is via de dokter die de abortus uitvoerde dat ik anticonceptie heb leren kennen. Ik startte dan en nadien heb ik mijn vaste arts hier in het WGC leren kennen en het is via haar dat ik dit blijf gebruiken'

Waarden en normen omtrent anticonceptie volgens de deelnemers

Alle deelnemers zien het enorme belang van anticonceptie in, maar op persoonlijk vlak twijfelen sommigen of zij dit wel zouden gebruiken uit angst voor bijwerkingen.

In de eerste plaats zien zij het maatschappelijk belang van anticonceptie als middel om overbevolking, armoede en kinderverwaarlozing te voorkomen. Dit besef is gegroeid uit zaken die ze zelf gezien of meegemaakt hebben. Zij beschrijven het maatschappelijk onrecht ervan en brengen voorbeelden aan van gebrek aan opvoeding, kinderverwaarlozing, en kinderarmoede in hun land van herkomst als een gevolg van ongeplande zwangerschappen.

P2: 'Moest dat middel niet bestaan en mensen zouden kinderen kweken gelijk konijntjes. Waar gaat de wereld aan toe?'

P7 'Ik denk dat anticonceptie zeker belangrijk is. Ik denk vooral aan mijn landgenoten. Ik heb een nicht die dertig jaar oud is en zij heeft al negen kinderen. Zij heeft ook geen geld om voor haar negen kinderen te voeden. Het is moeilijk om rond te komen.'

Ze begrijpen ook het belang van anticonceptie vanuit het perspectief van de gezondheid van de vrouw, vooral om ongewenste zwangerschappen en in het bijzonder abortus provocatus te voorkomen. De meerderheid van de deelnemers ziet abortus provocatus als iets negatiefs. Zij vinden het op moreel vlak verwerpelijk en vanuit hun ervaring in hun geboorteland illegaal en gevaarlijk voor de gezondheid. Sommigen vertelden over hun eigen ervaring of die van landgenoten die illegale abortussen pleegden en naar het ziekenhuis werden gebracht met veel bloedingen en pijn. Vrouwen die zelf een abortus provocatus meemaakten, denken eraan terug als een slechte ervaring. Er blijven bij de meesten schuldgevoelens achter. Over de vraag of abortus provocatus een legale optie zou mogen zijn voor vrouwen met een ongeplande en ongewenste zwangerschap, zowel hier in België (waar het eigenlijk al legaal is indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan) als in hun land van herkomst zijn de meningen verdeeld.

P11 *‘Ik vind anticonceptie zeker belangrijk. Ik verkies het voorkomen van een abortus boven het plegen. In Nigeria wanneer ik ongeveer 18 jaar oud was heb ik altijd schrik gehad van een abortus. Er waren vrouwen die een abortus pleegden en zij stierven eraan.’*

P8: *‘Ik voelde me beschaamd bij abortus. Je weet het: abortus is niet goed bij God en bij de mens. Het is te slecht.’*

P4: *‘Bij mijn eerste zwangerschap heb ik abortus gehad. Toen woonde ik in Wallonië. Maar het was echt pijnlijk. Mijn tweede zwangerschap was ook niet gepland en toen dacht ik aan die pijn van een abortus.’*

Verder kwamen sommige vrouwen terug op voordelen van anticonceptiegebruik op persoonlijk vlak. Sommigen deelnemers vinden anticonceptie een weg naar vrijheid en autonomie voor de vrouw, om zelf te kunnen bepalen wanneer en hoeveel kinderen zij wenst te krijgen. Zij vinden dat men financieel moet besparen voor de toekomst van de kinderen en dat het dus belangrijk is om te plannen.

P6 *‘Ik denk dat je als je anticonceptie gebruikt vrij bent. Ik denk ook dat men een fout begaat als je kinderen maakt zonder dat er iemand je helpt[bij het opgroeien]; je kunt het wel [alleen]maar het vraagt veel.’*

P9 *‘Anticonceptie is goed, het helpt om te plannen wanneer kinderen krijgen. Ik heb dat veel gebruikt maar omdat ik momenteel geen relatie heb, moet ik stoppen.’*

Anderzijds ervaren verschillende vrouwen anticonceptie nog als een taboe. Eén van de deelnemers vindt het gebruik op zich een taboe, zij vindt het zondig. Een andere zegt dat erover praten met naasten beladen is en dat het niet tot hun culturele gewoontes behoort om hier zomaar over te praten. Volgens een andere deelnemster wordt over dergelijke gesprekken snel verder geroddeld.

Int: *Behalve je partner, praat je over anticonceptie met andere mensen in uw omgeving?*

P3 *‘Ah nee, anticonceptie is bij ons een taboe, omdat voor elke christen, daar je pleegt moord.’*

P10 *‘Praten over anticonceptie met andere familieleden mag niet in onze cultuur, ik heb veel van mijn vriendinnen geleerd. Op school heb ik ook een beetje geleerd, maar dat weet ik niet meer.’*

P6 *‘Mijn naaste vriendinnen of sommige van mijn familieleden kunnen niet over dit onderwerp praten want zij zijn bang van roddelen.’*

Sommigen vertellen gevoelens van schaamte te ervaren als het gaat over een methode die geslachtsorganen direct impliceert.

P3 *Ik ben beschaamd als het condoom moet vragen bij de apotheek of als ik moet de spiraal laten plaatsen.*

De wetgeving in bepaalde landen van afkomst (de Filipijnen) zorgde soms voor beperkingen in de keuze van anticonceptiemethode:

P7: *‘In de Filipijnen kan je ofwel spiralen ofwel sterilisatie gebruiken als je al vier kinderen hebt.’*

En sommige vrouwen beschouwen het gebruik van anticonceptie als een teken van gebrek aan liefde tussen partners.

P6: *‘Zij (mijn vriendinnen) zeggen dat mijn vriend niet van mij houdt omdat hij, bij mij, het condoom gebruikt.’*

Invloed van geloof op anticonceptiegebruik

In tegenstelling tot wat in de literatuur wordt beschreven noteren wij bij quasi alle deelnemers geen invloed van geloof of van hun kerk op hun beslissing om al dan niet anticonceptie te gebruiken.

P7 'In mijn kerk zeggen zij niets over anticonceptiegebruik. Zij zeggen wel dat het niet goed is om abortus te plegen. Maar zij zeggen ook dat het niet goed is om veel kinderen te krijgen waar jij niet goed voor kan zorgen. Dus vandaar leer ik dat het beter is om te voorkomen.'

P2 'Ik denk dat de kerk en waar we het over hebben totaal los van mekaar staan.'

Bij één van de deelnemers blijven er toch schuldgevoelens ten opzichte van God over anticonceptie. Bij deze deelnemer spelen religieuze overtuigingen een grote rol op haar visie rond anticonceptiegebruik.

P3 'Anticonceptiegebruik is niet goed. Je pleegt moord tegen je eigen eitjes die God u heeft gegeven terwijl er andere vrouwen zijn die dit niet hebben. Ik doe dit maar ik ben ervan overtuigd dat het niet goed is.'

Toestemming van derden (partners) om anticonceptie te gebruiken

De meerderheid van de deelnemers zegt dat zij geen toestemming van hun partner nodig hebben gehad om anticonceptie te gebruiken. Dit gaat eveneens (net als bij de stelling over het geloof hierboven) in tegen wat in de literatuur wordt vermeld. Toch wordt anticonceptie bij de ondervraagden meestal in samenspraak met hun partner beslist.

Meningen en bezorgdheden over anticonceptiegebruik

Alle deelnemers waren zeer bezorgd dat anticonceptie hun vruchtbaarheid zou aantasten en ervaren dit als het grootste nadeel van anticonceptiegebruik. Sommige vrouwen vertelden dat bij bespreking van de verschillende anticonceptiemethodes met de arts de melding van de arts van een mogelijke tijdelijke subfertiliteit enkel bij de prikpil een reden is geweest om voor een andere methode te kiezen. Ondanks de uitleg van de arts blijven de vrouwen geloven dat alle anticonceptiemiddelen hun vruchtbaarheid kan aantasten.

P10 'Ik wou de pil niet meer gebruiken want ik ben 2 keer zwanger geweest door de pil te vergeten, maar voor andere methoden het is ook moeilijk om terug zwanger te worden.'

P10 'Mijn vriendinnen zijn bang, zij denken dat als zij anticonceptie zouden gebruiken later kunnen zij niet meer zwanger worden. Zij denken zo. Maar het is ook waar hé! Ik heb iemand van de familie die nog kindjes wilt krijgen, maar zij kan niet meer. Zij heeft een zware pil gebruikt en daarachter kan zij niet meer zwanger worden.'

P1 'Ik denk als je de injecties gebruikt gedurende bijvoorbeeld 4jaar daarachter moeilijk is om terug zwanger te worden.'

Tijdens een gesprek vroeg een deelnemer uitdrukkelijk mijn mening en advies over de kans om terug zwanger te worden na het gebruik van de hormonale injecties.

P1 'Ik wil je vragen of de injecties goed zijn voor de gezondheid, en of achteraf als je kinderen wilt krijgen het niet moeilijk is.'

Sommige deelnemers vinden de intra-uteriene anticonceptie griezelig. Een van de deelnemers gelooft dat deze de baarmoeder verandert.

P11 *'Ik ken wel een paar anticonceptie methoden maar degene die je in de baarmoeder moet doen zou ik zelf niet durven gebruiken. Ik wil mijn baarmoeder niet veranderen.'*

Sommige vrouwen zijn bezorgd over mogelijke gewichtstoename bij anticonceptiegebruik.

P5: *'Ik ben al zwaar en ik denk dat als ik de pil zou gebruik ik nog zwaarder zal worden.'*

P1 *'Ik heb ook gehoord dat je van anticonceptie zwaar kunt worden en er komen puistjes in je gezicht'*

Eén van de deelnemers uitte uitdrukkelijk wantrouwen over wat artsen vertellen over mogelijke bijwerkingen en gezondheidsrisico's verbonden aan anticonceptiegebruik. Zij vindt dat artsen te éénzijdig blijven en meer focussen op de positieve effecten van anticonceptie zonder voldoende aandacht te schenken aan mogelijke bijwerkingen zoals verhoogde risico's om kankers te ontwikkelen.

P3: *'Ik merk op dat jullie artsen meer aandacht hebben voor het feit dat men niet zwanger wordt maar de kans bestaat dat men na een vijftal jaren ziek wordt! Het probleem is dat je niet zwanger wilt worden, maar na 3 à 5 jaar je hebt kanker.'*

Veel vrouwen blijken trouwens zeer gevoelig te zijn voor de verhalen en ervaringen van vriendinnen of kennissen over de mogelijke bijwerkingen van bepaalde methodes.

P5 *'Ik ken een vriendin die heeft anticonceptie gebruikt en zij liep rond gelijk een zombie. Zij viel flauw en is naar ziekenhuis gebracht. Daar hebben zij de spiraal er uitgehaald en achteraf was zij goed. Anticonceptie is niets voor mij, ik gebruik de kalender om te plannen en het werkt perfect.'*

Wat betreft de financiële toegankelijkheid vinden alle deelnemers dat anticonceptie betaalbaar is, behalve het hormoonspiraal.

P2: *'Voor mensen met een heel laag inkomen die bepaalde dure medicatie niet kunnen permitteren omdat het duur is, anticonceptie is één van de middelen die wel betaalbaar is. Dat is al goed.'*

P8: *'Ik denk niet dat er een probleem is met geld. Behalve degene die je in de baarmoeder moet laten inbrengen. Ik heb van mijn vriendin gehoord dat het 150 euro kost en dat is veel geld voor sommige mensen.'*

Algemene (en specifieke) kennis van deelnemers over anticonceptie, over het gebruik ervan en hun traject van kennisverwerving daarover

Sommige deelnemers vertelden meer over anticonceptie te hebben geleerd via ervaringen van hun vriendinnen dan op school in hun thuisland.

P 10: *Ik heb een beetje over anticonceptie op school geleerd, maar dat is lang geleden. Ik hoorde veel van wat ik weet van mijn vriendinnen.*

Sommige vrouwen vertelden meer te weten zijn gekomen over anticonceptie hier in België dan wat zij in hun thuisland wisten.

P6: *‘In mijn thuisland kon ik mezelf niet voorstellen dat er een pil bestaat die je kunt gebruiken om niet zwanger te worden. Ik heb toen ik nog daar was altijd de condoom gebruikt om niet zwanger te worden.’*

P6: *‘Toen ik in België aankwam vertelde mijn tante, die hier al langer wonde over anticonceptie en zij bracht mij naar een plaats waar er veel informatie over gegeven werd. Zij vertelde mij: “als jong meisje heb je dit nodig.”’*

P1: *‘Ik heb anticonceptie leren kennen via de gynaecoloog hier in België na mijn eerste bevalling. Zij heeft me ook in het begin de pil gegeven en uitgelegd hoe ik dit moest gebruiken. Maar ik begrijp nog niet goed hoe ik deze moet nemen.’*

De concrete kennis over de verschillende vormen van anticonceptie beperkte zich bij de meerderheid van deelnemers tot de pil en het condoom, de prikpil en de spiraal worden af en toe genoemd, alsook de periodieke onthouding en het terugtrekken.

P1 *‘Behalve de pil ken ik geen andere methoden. Ik heb wel van vriendinnen van injecties gehoord.’*

Hoewel de hormonale pil een van de meeste gebruikte methodes is, noteren wij dat het correcte gebruik ervan te wensen overlaat.

P7: *‘Als ik de pil vergeet gebruik ik er twee de volgende dag. Dat is wat heb gehoord van mijn vriendinnen.’*

Sommige deelnemers vertellen over gebrek aan elementaire seksuele voorlichting toen zij nog jong waren.

P2 *‘Toen ik op dat leeftijd kindjes kreeg niemand had me verteld dat ik van seks kindjes kon krijgen’*

Sommige vrouwen zeggen niet te weten waar zij betrouwbare informatie over het correct gebruik kunnen vinden. Op mijn vraag tot wie zij zich zouden wenden, verwijst de meerderheid dan toch naar de huisarts en/of de gynaecoloog. Eén deelnemer wist niet dat zij in het WGC bij de huisarts terecht kon om informatie rond anticonceptie te verkrijgen.

P1 *‘Ik denk dat mijn gynaecoloog uitleg gaat geven.’*

Int: *‘Weet je iemand anders dan de gynaecoloog aan wie je informatie erover kunt vragen?’*

P1: *Nee. Mijn tweede zwangerschap was door de pil te vergeten.*

Int: *Wist je niet dat hier in het WGC bij de dokter informatie of vragen over anticonceptie kunt vragen?’*

P1: *Nee. Ik wist dat niet.*

Int: *‘Je vertelt dat je per ongeluk zwanger bent geworden, door de pil te vergeten, weet je anders waar je beroep kunt doen bij zo een noodsituatie?’*

P10: *‘Nee, ik weet het niet. Het is zo gebeurd en ik heb aan mijn man gevraagd om zich terug te trekken, toch ben ik zwanger geraakt.’*

Uit de interviews bleek ook dat de meerderheid van deelnemers meer wenst te weten te komen over anticonceptie. Zij uitten hun honger naar kennis over onder andere verschillende methodes van anticonceptie zoals langwerkende anticonceptiemethodes en het correct gebruik van de hormonale pil.

P11: *‘Ik weet iets maar ik kan altijd bijleren.’*

P8: *‘Nee, ik weet er niet genoeg over, ik zou er graag meer over willen weten.’*

Een deelnemer vroeg mijn advies over langwerkende methodes tijdens het interview.

P8 *‘Ik wil je vragen of er iets is dat ik kan gebruiken zodat ik vrij ben voor een jaar of zo.’*

Discussie

In deze studie bevroeg ik 11 vrouwen van reproductieve leeftijd en beantwoordend aan de criteria van kwetsbare groepen, over hun waarden, normen, kennis en twijfels over anticonceptie. 10 van de 11 participanten waren eerste generatie migranten. Zoals eerder in de literatuurstudie is beschreven, vormen migranten een belangrijk onderdeel van kwetsbare groepen binnen de samenleving.(3)

Uit de interviews blijkt dat de deelnemers anticonceptie zeer belangrijk vinden. Zij wijzen zowel op het maatschappelijke als het persoonlijke belang ervan. In maatschappelijk opzicht halen zij de ellende van overbevolking, armoede en gebrek aan opvoeding van kinderen aan die zij beschouwen als rechtstreekse gevolgen van ongeplande zwangerschappen. Op persoonlijk vlak vertellen zij over de voordelen van anticonceptiegebruik, zoals de mogelijkheid om een gezin te plannen. In hun verhalen herkennen we de vreugde van de vrijheid die zij verworven dankzij het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Ze zijn blij dat dit bestaat en dat ze daardoor niet gedoemd zijn om voortdurend kinderen te moeten dragen. Ook vinden zij zwangerschapspreventie door anticonceptiegebruik véél beter dan abortus te moeten plegen. Dit gegeven was voor hen bittere realiteit: de meerderheid van deelnemers maakte de overstap naar ‘moderne’ contraceptie na een ongeplande voldragen zwangerschap of na een abortus provocatus.

Anderzijds hebben de deelnemers tegelijkertijd geen volledige greep op het fenomeen anticonceptie. Zij begrijpen niet altijd goed hoe ze de meeste gebruikte methode, de hormonale pil, correct moeten gebruiken. Zij zijn minder geneigd om concrete uitleg en correcte betrouwbare informatie te gaan vragen en weten niet altijd tot wie zij zich daarvoor kunnen richten. Anticonceptie is vanuit de culturele context lang een taboeonderwerp geweest, waar men niet zomaar over kan praten. Dit weegt nu nog door. Ze illustreren dit met voorbeelden zoals schaamte wanneer ze om condooms naar de apotheek moeten of het feit dat ze niet openlijk kunnen spreken over anticonceptie uit angst voor geroddel. Alle deelnemers behalve één, vonden anticonceptiegebruik niet zondig ten opzichte van hun geloof. Andere redenen tot het niet gebruiken of ondergebruik van anticonceptie bij de deelnemers zijn: angst voor schadelijke effecten van anticonceptie op de vruchtbaarheid en de gezondheid. Alle deelnemers meldden de aantasting van de vruchtbaarheid en zij ervaarden dit als een van de belangrijkste nadelen van anticonceptiegebruik. Voorts is er angst om te verdikken. Bijna alle aangegeven bijwerkingen waren gekend via ervaringen van vriendinnen en in mindere mate van familieleden. Zij geven aan meer te weten te willen komen over verschillende anticonceptiemethodes en over het correcte gebruik ervan. De deelnemers bleken zeer gevoelig te zijn voor wat ze te horen krijgen van hun vriendinnen. Bovendien blijken zij ook achterdochtig te zijn dat de professionele hulpverlener het te mooi zal voorstellen, zij geloven liefst hun eigen vriendinnen.

Vergelijking met de literatuur

Bepaalde stellingen uit de literatuurstudie worden hier bevestigd. In de literatuur wordt migratie als een onafhankelijke risicofactor voor ongeplande zwangerschap en abortus provocatus beschreven. (4) Een Zweedse studie vergeleek de frequentie van aanvragen voor abortus provocatus tussen vrouwelijke migranten van de eerste generatie en etnisch Zweedse vrouwen. De migranten bleken oververtegenwoordigd te zijn en dan vooral in de groep van de adolescenten(30). In onze interviewgroep had bijna de helft van de deelnemers een abortus

provocatus achter de rug. Zij vertellen er terug aan te denken als een slechte ervaring in hun verleden. Sommigen blijven schuldgevoelens ervaren.

Andere stellingen in de literatuur worden niet bevestigd in onze studie. De voorwaarde van toestemming van derden om anticonceptie te mogen gebruiken is in de literatuur beschreven als barrière tot anticonceptiegebruik (31). Dit was niet het geval bij de deelnemers in deze studie. Financiële barrières tot anticonceptiegebruik werd ook in de literatuur aangekaart (32). Voor alle deelnemers aan deze studie was er geen financiële drempel om anticonceptie te gebruiken. Ze vonden dat anticonceptie betaalbaar is, behalve het hormoonspiraal. Eveneens wat de invloed van het geloof betreft op anticonceptiegebruik, zag slechts één deelnemer een conflict in het gebruik van anticonceptie met haar geloof. Een Canadese studie die hetzelfde onderwerp onderzocht vond dat het geloof enkel het anticonceptiegebruik beïnvloedt als bepaalde voorwaarden zijn voldaan. Ten eerste als de religie gedragsnormen met een invloed op de vruchtbaarheid voorschrijft en ten tweede als de religie de middelen heeft om deze waarden te communiceren en de naleving te bevorderen en ten derde als de religie een centraal onderdeel van de sociale identiteit van zijn volgelingen vormt. (33)

Wat opvalt, is dat hoe sterk de realiteit van het thuisland van de deelnemers verschilt van de realiteit hier in België. In het thuisland was er het beperkte aanbod, geringe kennis en een gebrek aan essentiële seksuele voorlichting. Dit wordt naar België meegebracht en vrouwen verwijzen naar deze onwetendheid over het aanbod en waar dit terug te vinden is, vooral op moment dat zij pas in België aankomen. Sommigen vertellen dat hun huidige kennis veel beter is in vergelijking met bij hun aankomst in België. Bij aankomst waren de vrouwen verrast van het grote aanbod anticonceptie. Toch valt het op dat zij anticonceptie niet grondig begrijpen: er is een zeer beperkte kennis over bijwerkingen en het correcte gebruik. In Nederland is dit probleem ook onderkend en er werd een speciale richtlijn over de communicatie huisarts-migrante over anticonceptie ontworpen.(34)

Wij concluderen dat de sfeer uit het thuisland in bepaalde mate naar hier wordt meegebracht.

In onze studie blijken verschillende deelnemers pas anticonceptie zijn beginnen te gebruiken in België, nadat zij hierover aangesproken werden door een zorgverlener (artsen van het abortuscentrum, gynaecologen na een bevalling of huisartsen). Het actief aanspreken van migranten over deze topic zou een belangrijk actiepoint voor het artsencorps kunnen zijn. In onze interviews hebben we evenwel niet doorgevraagd of het geslacht van de arts die hen had aangesproken invloed had op hun beslissing om met anticonceptie te starten. Onderzoek hierover is schaars. Uit een Noorse studie bleek wel dat vrouwelijke migranten een voorkeur hebben voor een huisarts met een migratieachtergrond, maar er werd niet onderzocht of het hebben van een vrouwelijke huisarts eenzelfde invloed had(25).

Beperkingen en sterktes van de studie Een eerste beperking is de beperkte en selectieve respons op de oproep tot deelname, ondanks het feit dat de vertrouwde huisarts hen zelf vroeg om deel te nemen. Van de naar schatting 40 gecontacteerde personen heb ik er uiteindelijk maar ¼ kunnen interviewen. Bovendien gingen bijna uitsluitend migranten op de uitnodiging in terwijl de vraag ook werd gesteld aan vrouwen met de Belgische nationaliteit. Hoe dan ook heb ik een interessante en gevarieerde groep eerste generatie migranten kunnen interviewen. Eens dat de interviews op gang waren gekomen, vertelden de vrouwen hun verhalen vlot en vrijmoedig. Een sterkte van de studie was allicht de achtergrond en de herkomst van de interviewer die een positieve invloed had op de deelnemers.

De volgende beperking betreft de oververtegenwoordiging van christenen in de deelnemersgroep. We hebben hier niet meteen een verklaring voor omdat in het WGC Brugse Poort veel moslima's ingeschreven zijn. Collega's in

de praktijk gaven wel aan dat zij ervaren dat moslima's minder bereid zijn om over anticonceptie te praten. Ons gevoel wordt bevestigd in de literatuur. In een Ghanese studie die de rol van religie op het gebruik van reproductieve gezondheidsdiensten onderzocht, stelde men vast dat moslima's en vrouwen uit traditionele gemeenschappen minder gebruik maken van deze reproductieve gezondheidsdiensten en anticonceptie dan Ghanese christenen(35). Een Nederlandse studie over anticonceptiegebruik bij allochtone vrouwen leert ons dat onder de Schriftgeleerden van de Koran er geen overeenstemming is te vinden over het al dan niet toegestaan zijn van voorbehoedsmiddelen. (36) Nochtans is geboorteregeling geen onbekend begrip in de islamitische landen, met name via traditionele methoden (lang borstvoeding geven, kruiden, vaginale spoelingen) (36). Merkwaardig genoeg blijkt abortus provocatus in een vroeg stadium in sommige islamitische landen getolereerd te worden omdat een zwangerschap bij een ongehuwde vrouw een nog grotere schande zou betekenen.(36)

Implicaties voor de huisartspraktijk

We hebben samen met de collega-huisartsen van het WGC de resultaten van deze studie overlopen en ingezien dat anticonceptie voor onze vrouwelijke migranten van de eerste generatie niet vanzelfsprekend is. Er zijn bij hen nog barrières en angsten voornamelijk op psychologisch en praktisch vlak waar we als huisarts rekening mee moeten houden.

De volgende mogelijke oplossingen werden voorgesteld:

Vooreerst zullen we deze groep van patiënten actiever moeten aanspreken. We houden in gedachten dat deze groep van patiënten achterdocht kan voelen voor onze uitleg, alsook dat we best sober en ingetogen over seksualiteit praten.

Door gebruik te maken van communicatieve vaardigheden kunnen wij het correcte anticonceptie gebruik bij deze risicogroep bevorderen. De werkgroep van de ISPOG(*International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*)² beveelt het gebruik van motivationele gesprekstechnieken aan bij bespreking van seksuele gezondheid en anticonceptie bij deze risicopopulatie. (37) Met behulp van twee WHO-publicaties: '*Medical eligibility criteria for contraceptive use*', vijfde editie 2015 (38) ; en "gestructureerd en bondig seksuele en reproductieve gezondheid bespreken tijdens raadpleging" (39) en de informatie opgedaan op de conferentie van European Society of Contraception (37) ontwikkelde ik een praktijkprotocol dat motivationele en empathische gesprekstechnieken toepast om correct anticonceptiegebruik aan te leren en aan te moedigen. (Een gedetailleerd protocol vindt u in bijlage VII). De WHO stelt dat vrijwillig gebruik van anticonceptie door vrouwen van cruciaal belang is voor het handhaven van hun reproductieve rechten. Alle vrouwen hebben het recht op wetenschappelijk gefundeerde en uitgebreide informatie rond anticonceptie, educatie en begeleiding om een weloverwogen keuze te garanderen(38).

Een andere suggestie om de problematiek aan te pakken was om een ontmoetingsmoment te organiseren begin 2017 met mezelf, mijn praktijkopleider en een groep vrouwelijke migranten uit Afrika. Tijdens dit groepsgesprek zal rond preventieve thema's zoals anticonceptie en bevolkingsonderzoeken ter opsporing van kankers worden gedebatteerd. Dit gesprek zal voorbereid en geleid worden op een patiëntgerichte manier met de filosofie van motivationele technieken om mogelijke oplossingen vanuit de vrouwen zelf te laten komen.

Naast het aanscherpen van onze communicatieve vaardigheden, werden nog andere methoden aangehaald die de huisarts ondersteunen om patiënten te helpen een bepaalde anticonceptiemethode te kiezen, bijvoorbeeld de interactieve Belgische website www.zanzu.be (van sensoa): een hulpmiddel met informatie rond anticonceptie en het gehele pakket van seksuele en reproductieve gezondheid, beschikbaar in verschillende talen en mooi geïllustreerd met beeldmateriaal. Een andere website die ik zou aanbevelen komt weliswaar van een

² is een internationale organisatie ter bevordering van studies rond psychologische en psychosociale, ethische en interculturele problemen op het gebied van verloskunde en gynaecologie.

farmaceutische firma MSD; www.mijnvoorbehoedsmiddel.be / www.moncontraceptif.be; zij geeft bevattelijke informatie over werking en bijwerkingen van alle anticonceptiemethodes op de markt in België.'

Conclusie

Vrouwen uit deze belangrijke risicogroep voor ongeplande en ongewenste zwangerschap zien overduidelijk het belang van anticonceptie in, maar laten blijken dat zij geen greep hebben over het gebruik ervan. Zij voelen zich onzeker, bang en zijn gevoelig voor commentaar en advies van vriendinnen. Motivatie door de huisarts vergezeld door het verstrekken van volledige informatie kan bijdragen om het aantal ongewenste en ongeplande zwangerschappen bij deze patiënten te doen dalen.

Referenties

1. United Nations. Report on the world social situation 2003, Social Vulnerability: sources and challenges. New York: United Nations, 2003.
2. Kind en Gezin . Kansarmoede registratie door Kind en Gezin 2016. <http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/> [geraadpleegd op 13/08/2016].
3. International Organization of Migration. Health and Migration; Healthy migrants in healthy communities. IOM, 2008-2009.
4. Helström L, Zätterström C. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health December 2003; 31:405-410.
5. ZWANGERSCHAPSAFBREKING. Verslag van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking. Verslag ten behoeve van het Parlement : 1 januari 2010 — 31 december 2011. Belgische Senaat en Kamer van de Belgische volksvertegenwoordigers, 2012.
6. Sensoa. Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers: sensoa; . <http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers>. [geraadpleegd op 06/03/2016]
7. Bruyn K. Algemene Pharmaceutische Bond ; 'Contraceptiva 2004-2015'. 2016.
8. Sensoa. Feiten & cijfers: Ongeplande zwangerschap in België: <http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/ongepande-zwangerschap-belgie-feiten-en-cijfers>. [geraadpleegd op 30/12/2014]
9. Sensoa. Seksuele gezondheid van kwetsbare migranten 2016. <http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-van-kwetsbare-migranten-feiten-en-cijfers>. [geraadpleegd op 13/8/2016]
10. Vissers. Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen: een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals. 2004.
11. De Ruelle H. Kennis en gebruik van anticonceptie bij 14-tot 18-jarige meisjes. [Masterproef - Master in de Huisartsgeneeskunde] Gent: Universiteit Gent; 2012.
12. Cools M. Hoe denken vrouwelijke patiënten van Oost-Europese origine in WGC Botermarkt over anticonceptie. [Masterproef - Master in de Huisartsgeneeskunde]. Gent: Universiteit Gent; 2014-2015.
13. United Nations. Sustainable Development Goals. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>. [geraadpleegd op 13/08/2016]
14. European Parliament. Annual report on human rights and democracy in the world 2013 and the EU policy on the matter - European Parliament resolution of 12 March 2015. Annual report. European Union, 2015.
15. Keygnaert I, Leye E, Temmerman M. Sexual health (SH) of migrants in Europe: Some pathways to improvement. Entre Nous, The european magazine for Sexual and Reproductive Health. 2011;72:20-21.
16. Van Egmond K, Dias S et al. Literature review on SRH of refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Europe. EN-HERA! Ghent 2009.
17. Keygnaert I, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M et al. Sexual and reproductive health of migrants in Europe, does the EU care?. Health Policy. 2014;114:215-25.
18. CAS L. ANTICONCEPTIE EN MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF IN GENT een KAP-studie rond knelpunten en mogelijke oplossingen. [Masterproef - Master of Science in de Verpleegkunde en Vroedkunde]. Gent: Universiteit Gent; 2013-2014.
19. Wolff , Lourenco A, Costanza M, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health. 2008;8(93).
20. Alvarez C, Grande-Gascon M L and Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reproductive Health. 2015.
21. Aptekman M, Wright V, Dunn S. Unmet contraceptive needs among refugees. Canadian Family Physician 2014 Dec; 60(12): e613–e619.
22. Silverman J, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, Een evidence-based benadering Den Haag 2006.

23. Hoffman E. Het TOPOI-model: een systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie 2003;27(3).
24. Maesschalck SD. Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging [Doctorate Thesis]. Ghent, Belgium: Ghent University; 2012.
25. Omland SR, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: Data from the Norwegian Prescription Database. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014;121(10):1221-8.
26. Cleland J. Improving the health of women children and adolescents from evidence to action, the importance of family planning within reproductive health London school of hygiene and tropical medicine 2015.
27. Wulf D. Women and societies benefit when childbearing is planned. 2002;1-4.
28. World Health Organization. Ensuring human rights within contraceptive programmes, a human rights analysis of existing quantitative indicators: WHO edito, Geneva Switzerland 2014.
29. Stad Gent S. Indicatorenrapport Armoede. Stad Gent 2015.
30. Helström L , Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2006;19(3):209-13.
31. United Nations. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. United Nations, 1999 .
32. Schoevers M. Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2010;31(4):Pages 256-64
33. McQuillan K. When Does Religion Influence Fertility? Population and Development Review. 2004;30(1).
34. Huisarts en migrant - Anticonceptie 2016 [updated 13/01/2016, geraadpleegd op 13/11/2016].
35. Gyimah S, Addai I. Challenges to the reproductive-health needs of African women: on religion and maternal health utilization in Ghana. Soc Sci Med 2006;62(12):2930-44.
36. Van den Muijsenbergh M. Geboorteregeling door allochtone vrouwen. Gender & Women's Health. 2007.
37. Rowe H, Tschudin S. How to prevent and minimise contraceptive failure - the psychosomatic perspective and approach. Contraception: from molecular biology to social sciences and politics; 2016; Basel, Switzerland: European Society of contraception.
38. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015. Geneva , Switzerland 2015.
39. Rinehart W, Sharon Rudy and Drennan M. Population Reports GATHER Guide To Counseling. Family Planning Programs. Population Information Program Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health in collaboration with the WHO and the USAID, Volume XXVI, Number 4.

Bijlage I: Korte samenvatting van het protocol als voorgelegd aan het Ethisch Comité:

Dit onderzoek start vanuit een verkennende literatuuronderzoek over het gebruik van anticonceptie, bij jonge vrouwen uit kwetsbare groepen wereldwijd, en meer bepaald in Vlaanderen. Vanuit de definitie van kwetsbaarheid uit de literatuur worden deze vrouwen met een onbeantwoorde behoefte aan voorbehoedsmiddelen geïdentificeerd. Wat zijn de parameters die de kwetsbaarheid bij deze vrouwen bepalen?

Vervolgens wordt een groep van kwetsbaar geïdentificeerde vrouwen, volgens de boven vernoemde parameters, in de huisartspraktijk opgenomen in de groep van deelnemers in de studie. Deelnemers zullen volwassenen vrouwen van reproductieve leeftijd (18j -49j) zijn. Er wordt gestreefd naar een aantal van 30 deelnemers met voldoende variatie en representativiteit van verschillende kwetsbare groepen. Kandidaten deelnemers worden vervolgens op de hoogte gesteld van de bedoeling van deze studie en verzocht om deel te nemen; na het verkrijgen van hun mandaat ondertekenen ze het formulier schriftelijke toestemming (Informed Consent). Deze vrouwen worden ondervraagd door middel van een face to face interview aan de hand van een vooropgestelde topics van vragen. De ondervraging probeert te achterhalen waarom doeltreffend anticonceptiegebruik een on vervulde behoefte bij hen blijft. Welke drempels ervaren deze vrouwen voor een vlotte toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten die worden aangeboden? De interviews worden opgenomen voor een analyse op een later moment.

Achteraf gebeurt er een analyse van de verzamelde gegevens. Vandaar worden de gemeenschappelijke drempels tot het gebruik van anticonceptie bij deze vrouwen geïdentificeerd. Deze bieden een vertrekpunt om verbeterpunten te formuleren op het niveau van de huisartsenpraktijk.

Rekrutering:

Vrouwen die aan de inclusiecriteria voldoen worden mondeling/telefonisch /of schriftelijk, afhankelijk van de beschikbare gegevens, gecontacteerd en uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Zij worden kort ingelicht over de studie en zijn bedoeling. Na hun mandaat wordt een afspraak gemaakt voor een interview aan de hand van de topiclijst van vragen. Op moment van het interview zelf krijgen ze op voorhand meer gedetailleerde inlichting over het onderzoek en zij worden verzocht om het formulier schriftelijke toestemming te ondertekenen.

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE
ETHEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2015/0393	DATUM 16-apr-15	KOPE ZE "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische
studie met als titel:
Toegankelijkheid van
anticonceptie bij vrouwen uit
kwetsbare groepen
(Manama Chantal
Nyiraguhwa)

HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

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

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/04/2015. IN
CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/04/2016, THIS ADVICE WILL BE NO
LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

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

Belgisch Registratienummer:
8670201524498

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN
HET ETHISCH COMITÉ VAN 21/04/2015

- Adviesaanvraagformulier
dd. 31/03/2015 (volledig
ontvangen dd. 08/04/2015)
- (Patiënten)informatie- en
toestemmingsformulier
- Interviewguide
- Antwoord onderzoekers
ontv. via mail dd. 13/04/2015 op
opmerkingen EC dd. 09/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE
ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

Advies werd gevraagd
door:
Prof. dr. D. AVONTS ;
Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE
DOCUMENTEN WERDEN
DOOR HET ETHISCH COMITÉ
BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF
ADVIES GEGEVEN OVER
DIT PROTOCOL OP
15/04/2015. IN
DE STUDIE NIET WORDT
OPGESTART VOOR
14/04/2016, VERVALT
HET ADVIES EN MOET

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UWKENMERK	ONS KENMERK 2015/0393	DATUM 16-apr-15	KOPIE Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0393

- ⁰ Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
 - ⁰ Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.
 - ⁰ In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.
 - ⁰ Het Ethisch Comité benadrukt dat de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de neder/andstalige documenten.
 - ⁰ Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.
 - ⁰ Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
-
- ⁰ The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.
 - ⁿ The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc. that are a result of this research.
 - ⁰ In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
 - ⁰ The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
 - ⁰ None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
 - ⁰ All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

Dé **CC:** - UZ Gent - Bimetric Clinics
 Faculty of Bioscience Engineering; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel Prof. dr. O.
 AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg



1 MAANDINKOMEN VAN HET GEZIN

- onregelmatig maandinkomen
- beschikbaar inkomen (minschulden) lager dan bedrag van het leefloon
- leven van werkloosheidsuitkeringen/of leefloon (793,76 euro)

2 OPLEIDING VAN EEN VAN DE OUDERS

- lager onderwijs
- beroepsonderwijs
- buitengewoon onderwijs
- niet beëindigd lager secundair onderwijs
- (functioneel) analfabeet

3 ONTWIKKELING VAN DE KINDEREN IN HET GEZIN

- laag stimulatie niveau
- moeilijkheden met de verzorging van de kinderen
- niet of onregelmatig volgen van kleuteronderwijs

4 ARBEIDSSITUATIE VAN DE OUDERS

- werkloosheid van beide ouders of van de alleenstaande ouder
- preciaire tewerkstelling van beide ouders of van de alleenstaande ouder
- werkzaam in beschutte werkplaats

5 HUISVESTING

- verkrotte woning, ongezonde woning, onveilige woning
- geen primaire woonuitrusting, te klein in verhouding tot de gezinsgrootte
- weinig nutsvoorzieningen thuis en in de omgeving

6 GEZONDHEID

- zwakke gezondheid van een of meerdere gezinsleden
- aanwezigheid van chronische ziekten en/of handicaps in het gezin
- gebrek aan kennis over en deelname aan de gezondheidszorg

BIJLAGE IV: Informatiebrief voor deelnemers en de Informed consent

Geachte mevrouw,

Hierbij willen wij u vriendelijk verzoeken om deel te nemen aan dit onderzoeksproject. Concreet betekent dit dat u een lijst vragen over uw gebruik van anticonceptie open beantwoordt.

Als u akkoord gaat om deel te nemen aan dit onderzoek, kan u het volgende verwachten:

1. Er wordt een afspraak gemaakt tussen u en de onderzoeker in de praktijk(of bij u thuis) voor een gesprek (interview);
2. Bij het gesprek worden door de onderzoeker vragen gesteld. Het gesprek duurt ongeveer 45 minuten tot 1 uur;
3. Er is geen persoonlijke informatie over uw identiteit, zoals naam, woonplaats, enzovoort, openbaar zal worden gemaakt. U zult alleen met algemene gegevens zoals geslacht en leeftijd worden benoemd. Deze gegevens dienen de interpretatie van het resultaat te vergemakkelijken en te verduidelijken. Een volledige lijst van variabelen die we zullen verzamelen vindt u hieronder:

Leeftijd

Geslacht

Opleidingsniveau

Nationaliteit/land van herkomst

Verblijfstijd in België

(Moeder)Taal

Burgerlijke staat

Uw huidige anticonceptiegebruik

Het aantal kinderen

Op het einde van de studie wordt een document opgesteld met de resultaten van de studie en hun interpretatie. In dit rapport zullen er zich geen gegevens bevinden die uw identiteit kunnen prijsgeven.

Uw rechten: U hoeft een deelname aan het onderzoek niet te aanvaarden. Als u beslist niet deel te nemen, zal dit op geen enkel moment gevolgen hebben.

Privacy Bescherming: Uw identiteit zal niet gebruikt worden in verslagen van deze studie. Rapporten zullen enkel algemene gegevens zoals het geslacht, leeftijd, ... en gegevens van een groep bevatten.

Informed consent

Naam patiënt:

1. Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. De wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum..... Handtekening.....

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in de informatiebrief voor de patiënt (deelnemer), volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum..... Handtekening.....

Informerende arts

Bijlage V: Kenmerken van deelnemers

	Leeftijd	Verblijfstijd in België	Land van herkomst	Uitdrukkingstaal	Momentele kinderwens	Huidig anticonceptie- gebruik	Burgerlijke stand	Abortus Provocatus in VG	Aantal kinderen	In België geboren kinderen
Patiënte 1	24j	2j	Guinee Conakry	Frans	Geen	Periodieke onthouding	Samenwonend	Nee	1	1
Patiënte 2	40j	Belg	België	Nederlands	Ja	De prikpil	Samenwonend	Nee	1	1
Patiënte 3	29j	4j	RDC	Frans	Geen	De hormonale pil	Samenwonend	Nee	4	2
Patiënte 4	30j	6j	Tanzania	Engels	Geen	De prikpil	Samenwonend	Ja	1	1
Patiënte 5	37j	7j	Ghana	Engels	Geen	Kalendermethode	Samenwonend	Nee	4	2
Patiënte 6	22j	2j	Nigeria	Engels	Geen	De hormonale pil	In relatie	Ja	Geen	-
Patiënte 7	37j	6j	Filipijnen	Engels	Geen	De hormonale pil	Samenwonend	Nee	4	0
Patiënte 8	32j	8j	Nigeria	Engels	Zwanger op moment van interview	-	Samenwonend	Ja	1	1
Patiënte 9	34j	6j	Ivoor Kust	Frans	Geen	Geen	Geen(vaste) relatie	Nee	3	1
Patiënte 10	27j	14j	Turkije	Nederlands	Geen	Het hormoon spiraal	Getrouwd	Ja	2	2
Patiënte 11	36j	5j	Nigeria	Engels	Geen	De hormonale pil	Getrouwd	Nee	2	1

BIJLAGE VI: Topiclijst vragen Interview

- Socio-demografische gegevens:

Leeftijd:

Nationaliteit/land van herkomst:

Woonplaats:

(Moeder)Taal - Nederlandse taalkennis:

Opleidingsniveau:

Tewerkstelling/Inkomen/financiële moeilijkheden? :

Geloof:

Woonsituatie (Getrouwd? In relatie? Samenwonend? Alleenstaande?):

Heb je al kindjes? Hoeveel kinderen heb je?

Aantal kinderen: Gezin van herkomst

Open vragenstelling:

I. Kennis rond anticonceptie

- Vertelt u wat verstaat u onder anticonceptie / contraceptie / gezinsplanning?
- War weet je allemaal van? Ken je verschillende methodes van anticonceptie?
- Zijn er die dat je beter kent dan anderen? (qua werking of praktische gebruik ervan)

(hier kunnen wij kort terug komen op vrouwenkennis rond de fysiologie van vruchtbaarheid)

- Denk je voldoende geïnformeerd te zijn over anticonceptie? (beschikbare methoden; hun werking, mogelijke bijwerkingen ...).
- Waar heb je geleerd over anticonceptie?
- Praat je erover met je naasten(anticonceptie of gezinsplanning)? (partner, zussen, (schoon)ouders?
- Wat vind je als voordeel om anticonceptie te gebruiken?
- Wat vind je als nadeel om anticonceptie te gebruiken? ---algemeen

Anticonceptiemethode	Voordelen	Nadelen

- Mag anticonceptie gebruikt worden volgens uw geloof?
(korte samenvatting waarbij de vrouw krijgt kans om in te vullen)

II. Anticonceptiegebruik

- Hoe sta je tegenover anticonceptiegebruik? (Persoonlijk)
- Hoe is uw huidig anticonceptiegebruik?
- Uw ervaring met anticonceptie sinds je eerste menstruatie? Welke methoden die je al gebruikt hebt? Wanneer heb je voor de eerste keer over anticonceptie gehoord? Hoe oud was je op dat moment?
- Ken je mensen in je omgeving die er spijt van hebben om geen anticonceptie te hebben gebruikt?

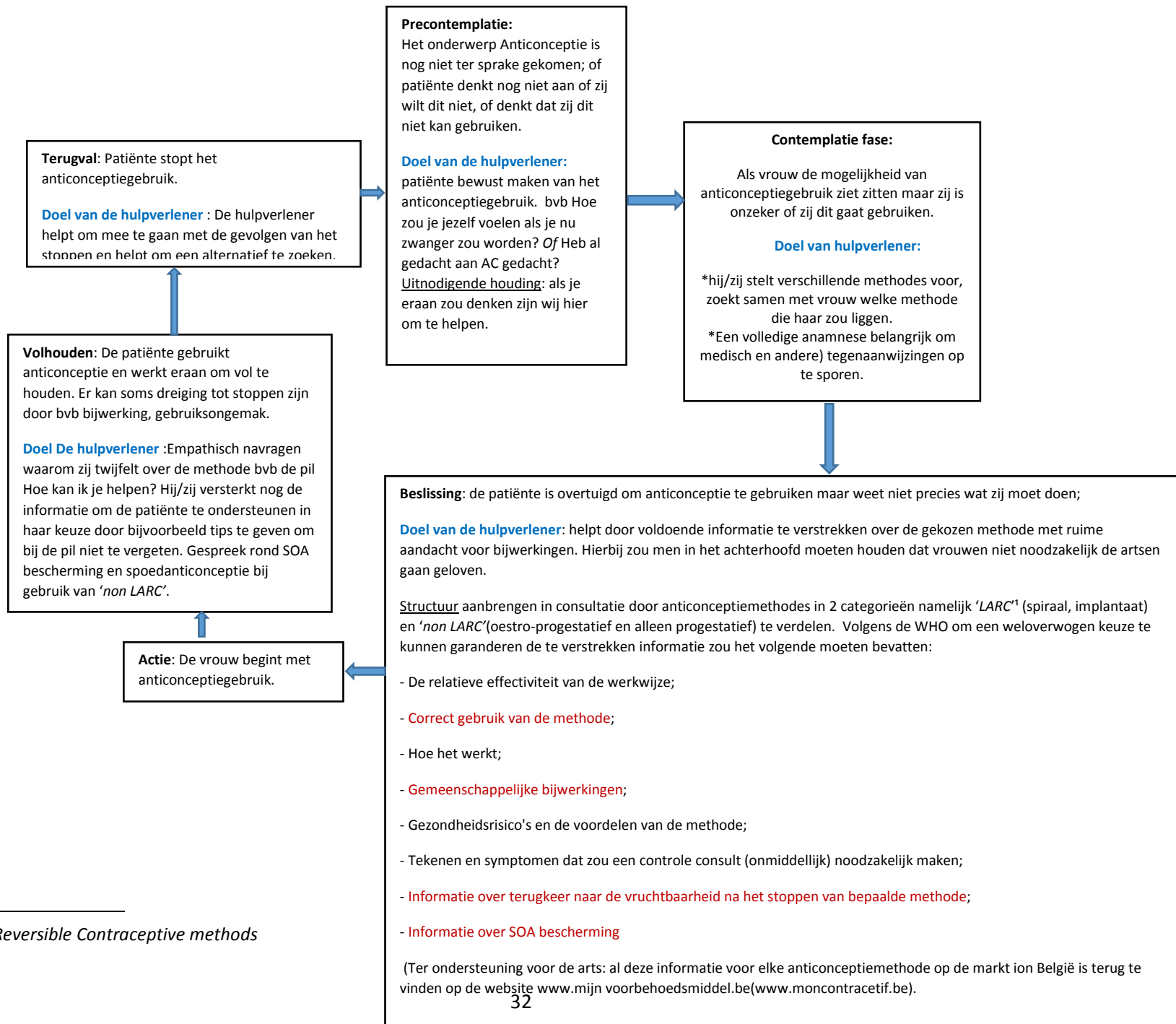
III. Toegankelijkheid en rol van de hulpverlener

- Hoe ben je aan anticonceptie gekomen?
- Heb je dit helemaal alleen beslist? Of had je eerst toestemming (van je partner? ouder ...?) nodig?
- Hoe moeilijk/gemakkelijk was om anticonceptie te gaan vragen?
- Heb je schaamte om anticonceptie te vragen bij de dokter of te gaan kopen bij de apotheker?
- Was het betaalbaar voor jou?
- Heb je nog extra hulp/uitleg gaan vragen? Waar? Welke zijn voor u de belangrijkste en betrouwbare bronnen van informatie over anticonceptie?
- Is er iets wat volgens jou de arts of de apotheker had beter kunnen doen om het verkrijgen van anticonceptie middelen te vergemakkelijken? Of hebben de arts/apotheker alles goed uitgelegd? Zou je terug naar dezelfde arts/apotheker terug willen gaan?

IV. Wat zijn jouw drempels om anticonceptie te gebruiken?

- Hoe komt dat je niet tot anticonceptie toekomt?
- Ben je soms bang om zwanger te worden?
- Heb je momenteel een kinderwens?
- Stel je nu dat je ongewenst en ongepland zwanger wordt, wat zou je doen? Denk je dat er voor jou verschillende opties zijn? Reken je op de hulp van je vriend / partner? Dokter of Apotheker?

:



LARC: Long Acting Reversible Contraceptive methods

