

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.056

**Knelpunten bij de behandeling van infertiliteit van
Turken en Marokkanen**

Datum	Oktober 2008
Auteur(s)	Dineke Korfker Karin van der Pal-de Bruin Symone Detmar Simone Buitendijk
Opdrachtgever	ZonMw
Aantal pagina's	57 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Voorwoord

Deze studie was niet mogelijk geweest zonder de inzet van velen bij de werving van respondenten. Zowel artsen in de deelnemende ziekenhuizen (Tilburg, Rotterdam, Utrecht, Lelystad, Den Haag) als Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) uit Den Haag, hebben een enorme inspanning geleverd om mensen te vinden die bereid waren tot een gesprek. Doordat het onderwerp van de studie ‘Knelpunten bij de behandeling van infertiliteit’ is omgeven door schaamte en taboes kostte het veel overredingskracht om mensen over te halen tot een interview.

Daarnaast zijn we vooral ook alle respondenten dank verschuldigd omdat zij ondanks hun weerstanden zich toch open opstelden en vaak hun intieme problemen met ons deelden.

Dokter Bolhuis organiseerde geheel belangeloos een voorlichtende bijeenkomst over infertiliteitbehandelingen voor de VETC'ers in Den Haag. Ook daarvoor veel dank.

Tevens gaat een woord van dank uit naar Driss Demnati die het werkbezoek in Marokko mogelijk maakte. Tot slot dank aan (ex)TNO collega's die bijdroegen aan dit onderzoek, vooral aan Caroline Dorrepaal die de meeste interviews met gynaecologen en huisartsen uitvoerde, aan Frank Pierik die de andrologen interviewde en aan Tineke de Groot en Erwin Tak die de Nederlanders interviewden.

Leiden, juni 2008

Samenvatting

Dit rapport beschrijft een kwalitatieve inventarisatie van knelpunten bij de behandeling van Turkse en Marokkaanse paren met vruchtbaarheidsproblemen. Ter vergelijking zijn ook Nederlandse paren onder behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen geïnterviewd. De vraagstelling was welke knelpunten er zijn en of de knelpunten van allochtone groepen verschillen van de knelpunten ervaren door Nederlanders. Deze vraagstelling werd zowel vanuit het perspectief van de artsen als vanuit het perspectief van de patiënten onderzocht.

Er hebben telefonische interviews plaatsgevonden met 9 huisartsen, 8 gynaecologen en 3 andrologen met behulp van een open vragenlijst. Ook werd een bezoek gebracht aan Marokko waar met 3 gynaecologen werd gesproken. Met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst werden 21 Marokkaanse vrouwen, 31 Marokkaanse mannen, 21 Turkse vrouwen, 8 Turkse mannen, 14 Nederlandse vrouwen en 10 Nederlandse mannen geïnterviewd, een totale populatie van 105 mensen.

De werving van de allochtone deelnemers verliep problematisch. Vanwege de gevoeligheid van het onderwerp was deelname nog moeilijker dan bij ander onderzoek onder allochtonen. Werving ging deels via artsen, maar patiënten die de arts deelname hadden beloofd, bleken vaak alsnog te weigeren als ze werden benaderd door de interviewer (een voorlichter eigen taal en cultuur). Uiteindelijk zijn we toch in staat geweest een onderzoeksgroep te formeren door meer tijd te nemen en door de interviewers zelf te laten werven. Zij rekruteerden deelnemers in moskeeën, buurthuizen en eigen netwerk. Een belangrijk argument waarmee zij mensen overhaalden was dat meedoen aan het onderzoek een bijdrage zou leveren aan verbetering van de medische hulp aan allochtonen met vruchtbaarheidsproblemen. Meer dan de helft van de geïnterviewde allochtonen werd zodoende geworven via de interviewers.

Er is een aantal belangrijke knelpunten naar voren gekomen.

Moeizame communicatie

- Uit de interviews met huisartsen, gynaecologen en andrologen kwam naar voren dat de meeste artsen problemen ervaren in de communicatie met Turken en Marokkanen. Gynaecologen verlangen van allochtonen vaak dat zij de Nederlandse taal goed beheersen om de ingewikkelde behandelingen goed te kunnen begrijpen. Als dat niet het geval is moeten de patiënten zelf voor vertaling zorgen. Sommige gynaecologen gaven aan dat zij mensen weigeren in behandeling te nemen als zij de taal niet goed beheersen. Ze mogen terugkomen als ze Nederlands spreken. Er wordt nauwelijks met tolken gewerkt als het om vruchtbaarheidsproblemen gaat. Slecht eenmaal werd melding gemaakt van de inzet van een tolk. Huisartsen ervaren minder communicatieproblemen dan gynaecologen en andrologen.
- Uit de interviews met mannen en vrouwen onder behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen blijkt dat slechts 37% van de Turken en Marokkanen helemaal tevreden is over de communicatie met de artsen tegen 71% van de Nederlanders. Bij beide groepen is 8% ontevreden over de communicatie. Als gevolg van gebrekkige communicatie blijkt uit de interviews met Turken en Marokkanen dat zij de behandeling vaak niet begrijpen. Ze weten niet precies bij wie het probleem ligt en ook is niet bekend

wat hun perspectieven op een zwangerschap zijn. Van de onderzoeksgroep hebben Turkse vrouwen de meeste moeite de behandeling te begrijpen. Bij de groep autochtonen is begrip van de behandeling goed.

Culturele verschillen

- Begrip van de behandeling bleek onafhankelijk te zijn van verblijfsduur in Nederland en van beheersing van de taal. Ook de Turken en Marokkanen die de behandeling niet goed begrijpen spreken vaak vloeiend Nederlands. Culturele verschillen dragen bij aan communicatieproblemen. Deze verschillen blijken uit voorkeur voor een arts van hetzelfde geslacht, vooral bij Marokkaanse vrouwen en mannen en uit pijnbeleving van Turkse en Marokkaanse vrouwen tijdens het gynaecologisch onderzoek. Ook hier bleek geen relatie tussen kennis van de Nederlandse taal en ervaren van het inwendig onderzoek.

Belang van religie

- Onder de Marokkanen in de onderzoeksgroep heerst grote onzekerheid of de behandeling in overeenstemming is met hun religie. Daarom gaan ze vaak naar Marokko voor informatie en advies en om te horen of de behandeling die zij in Nederland ondergaan geoorloofd is volgens hun geloof. Marokkaanse mannen denken dat gynaecologen in Nederland geen rekening houden met hun geloof.
- De helft van de gynaecologen zegt geen invloed van het geloof te merken. Huisartsen zien de invloed van het geloof veel scherper en staan dichter bij de beleving van de patiënt bleek uit de interviews met hen.

Medisch ‘shoppen’ in het land van herkomst

- De helft van de Turkse paren in de onderzoeksgroep gaat naar Turkije voor informatie en onderzoek, maar ook voor behandeling van hun vruchtbaarheidsproblemen. De medische zorg daar wordt als efficiënter ervaren omdat het veel sneller gaat. Zij voelen zich in Turkije serieus genomen door de artsen en beter begrepen. Zij stellen de behandelende arts in Nederland vaak niet op de hoogte van de behandeling in Turkije.
- Slechts een kwart van de gynaecologen maakte melding van ‘shop’gedrag van hun patiënten. Er wordt geen gebruik gemaakt van onderzoeksresultaten uit het buitenland. Huisartsen zijn wel op de hoogte dat hun patiënten naar hun land van herkomst gaan voor behandeling. Zij maken ook melding van bezoeken aan traditionele genezers, imam en gebedsgenezers door vooral Marokkaanse patiënten

Er is sprake van een spraakverwarring. Immers, Nederlandse artsen realiseren zich niet dat er vaak ontevredenheid is over de behandeling. Volgens de artsen besteden ze veel tijd aan deze groep patiënten, terwijl de belangrijkste klacht van Turken en Marokkanen het gebrek aan tijd bij artsen is. De zorg bij vruchtbaarheidsproblemen aan Turken en Marokkanen staat daardoor onder druk en er is mogelijk zelfs sprake van ‘sub-standard care’. Een mogelijke oplossing is de inzet van migranten voorlichters of voorlichters eigen taal en cultuur. Zij kunnen een belangrijke brugfunctie vervullen tussen arts en patiënt en zo de communicatie tussen beiden verbeteren. Dat zal leiden tot meer tevredenheid bij arts en patiënt en een betere uitkomst van de behandelingen.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Algemeen	9
1.2	Onderzoek naar infertiliteit	9
1.3	Het probleem	10
1.4	De vraagstelling	10
1.5	Culturele context.....	11
1.6	Opzet van het rapport.....	11
2	Methode	13
2.1	Huisartsen, gynaecologen en andrologen.....	13
2.2	Paren met vruchtbaarheidsproblemen.....	13
2.3	Werving	14
3	Resultaten	15
3.1	Resultaten interviews met huisartsen in Nederland	15
3.2	Resultaten interviews met gynaecologen en andrologen in Nederland.....	21
3.3	Resultaten interviews met gynaecologen in Marokko	27
3.4	Resultaten interviews met Marokkaanse, Turkse en Nederlandse paren onder behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen	28
4	Beschouwing	41
4.1	Inleiding.....	41
4.2	Communicatie	41
4.3	Culturele verschillen	43
4.4	Godsdienst	43
4.5	'Shoppen'	44
5	Conclusies en Aanbevelingen	47
5.1	Conclusies	47
5.2	Aanbevelingen	48
6	Referenties	51
	Bijlage(n)	
	A Aanvulling op inventarisatie van knelpunten bij de behandeling van infertiliteitproblemen van Turken en Marokkanen	

1 Inleiding

1.1 Algemeen

Het hier gepresenteerde onderzoek 'Knelpunten bij de behandeling van infertiliteit van Turken en Marokkanen' werd gefinancierd door ZONMW binnen het programma 'M/V de factor sekse in de gezondheidszorg' en het deelprogramma 'Seksespecifieke zorg en preventie' en vond plaats van juli 2004 – mei 2006. De studie werd binnen de divisie Jeugd van TNO Preventie en Gezondheid¹ uitgevoerd door de sector Voortplanting en Perinatologie. Dr. van Balen van de Faculteit Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen (UVA) trad op als adviseur van de studie.

Bij weinig gezondheidsvragen zijn vrouwen en mannen zo intensief samen betrokken als bij ongewenste kinderloosheid. Wereldwijd komen fertiliteitproblemen voor, zowel in het rijke westen als in ontwikkelingslanden. Uitgaande van de definitie 'het niet bereiken van een doorgaande zwangerschap binnen een jaar van regelmatig onbeschermd geslachtsgemeenschap' (Van Balen 1995) heeft 13,9 % van de paren in Nederland problemen bij het bereiken van een eerste zwangerschap; na 2 jaar is dit nog 8,4%. Wereldwijd wordt geschat dat 8-12% van de paren fertiliteitproblemen heeft (Reproductive Health Outlook 1999). Inhorn beschrijft voor landen ten zuiden van de Sahara dat een derde van de paren vruchtbaarheidsproblemen heeft (Inhorn 2002). De omvang van fertiliteitproblemen bij allochtonen die in Nederland wonen is onbekend. Evenmin is bekend in welke mate deze paren de weg naar fertiliteitpoliklinieken weten te vinden en in hoeverre zij met succes het behandelingstraject doorlopen, omdat in de landelijke registratie van IVF klinieken etniciteit niet wordt geregistreerd. Het is wel bekend dat de vruchtbaarheidcijfers van allochtone vrouwen iets hoger zijn dan van autochtone vrouwen, maar dat die al lange tijd een dalende lijn vertonen (Garssen en Nicolaas 2006).

In 2005 werd een kleine kwalitatieve studie door TNO uitgevoerd naar de toegankelijkheid van de zorg voor Turkse en Marokkaanse paren met fertiliteitproblemen (zie voor een samenvatting bijlage 1). De resultaten van die studie werden gebruikt in de hier beschreven studie.

1.2 Onderzoek naar infertiliteit

De ontwikkeling van nieuwe technologieën op het gebied van de reproductie heeft een hoge vlucht genomen en er wordt veel onderzoek uitgevoerd naar de verfijning van deze technieken ten einde tot een maximale effectiviteit te komen. Daarnaast vindt er ook onderzoek plaats naar de mogelijke gevolgen voor het verdere leven van door IVF en ICSI verwekte kinderen (Buitendijk 2000,). Echter, de sociale implicaties van fertiliteitproblemen zijn onderbelicht. Er zijn in Nederland wel enkele onderzoeken gedaan naar de beleving van onvruchtbaarheid bij Nederlandse paren (Van Balen 1995, Verdurmen 1997) en naar de verwachtingen van paren die een IVF-behandeling ondergaan (Buitendijk 2000, Fekkes 2004). Gegevens over dit aspect bij allochtone paren ontbreken. Wel werd er onderzoek uitgevoerd naar de beleving van onvruchtbaarheid door Turkse paren (van Rooij 2006, 2007). Eerder werd een reeks onderzoeken uitgevoerd op initiatief van ZonMw naar de mate van doelmatigheid van de vruchtbaarheidszorg. In dat onderzoek komt vooral de medische inhoud van de zorg

¹ Sinds 2006: Business Unit Preventie en Zorg van TNO Kwaliteit van Leven

ter sprake en werd geconcludeerd dat de vruchtbaarheidszorg miljoenen per jaar kan besparen door bv. selectiever gebruik van medicatie. (Vruchtbaarheidsstoornissen, Kansen op doelmatiger zorg, ZONMW 2005).

De manier waarop paren hun fertiliteitproblemen ervaren heeft waarschijnlijk implicaties voor het behandelingsproces en het uiteindelijke succes van de behandeling. In toenemende mate verschijnen publicaties die een relatie leggen tussen psychische problemen en de effectiviteit van de behandeling (Smeenk 2001, Boivin 2004).

1.3 Het probleem

Vanuit de antropologie en sociologie is bekend dat beleving van vruchtbaarheid en seksualiteit in niet-westerse populaties verschilt van die van Nederlanders. De onderwerpen zijn veel meer dan in Nederland omgeven door schaamte en taboes (Kadri et al 2006). Dit riep de vraag op of de in Nederland toegepaste behandelwijzen wel acceptabel zijn voor allochtone patiënten.

Diegenen die de weg naar de fertiliteitspolikliniek weten te vinden komen in een behandelingstraject dat is afgestemd op Nederlandse patiënten. Zijn allochtone patiënten in staat en bereid om de behandeling die de arts voorschrijft ook op de juiste manier toe te passen? Problemen met communicatie kunnen enerzijds leiden tot voortijdige uitval, anderzijds tot een 'eindeloze' hulpvraag.

De Nederlandse organisaties Freya² en FIOM³, die zich bezighouden met ongewenste kinderloosheid, ervaren dat het moeilijk is om allochtonen te bereiken. Voor diegenen die de weg wel vinden naar de organisaties is het vaak moeilijk hen op een voor hen goede wijze te helpen.

Uit gesprekken met artsen bleek dat zij knelpunten ervaren in de behandeling van allochtone patiënten met fertiliteitproblemen. Deze zouden volgens hen onder andere te maken kunnen hebben met communicatie, met een andere beleving van fertiliteit of met onwetendheid over het functioneren van het lichaam. Het uitgevoerde onderzoek betrof een inventarisatie van knelpunten bij de behandeling van paren met fertiliteitproblemen. Onder 'knelpunten' werden verstaan: problemen bij het herkennen van de hulpvraag voor de behandeling, problemen die het behandelingsproces ernstig belemmeren en daardoor kunnen leiden tot vervroegde uitval, weigering van een voorgeschreven behandeling, irreële verwachtingen of psychosociale problemen.

Het betreft hier knelpunten die ervaren worden door artsen, door Turkse mannen of vrouwen, door Marokkaanse mannen of vrouwen, of door Nederlandse mannen of vrouwen. In dit onderzoek is gekozen voor Turken en Marokkanen als onderzoeksgroep omdat dit de twee grootste groepen niet-Nederlandstalige niet-westers allochtonen zijn; beide groepen hebben een Islamitische achtergrond en daardoor mogelijk een andere benadering van fertiliteitproblemen en de behandeling daarvan.

1.4 De vraagstelling

Zo kwamen we tot de volgende vraagstelling voor dit onderzoek:

- 1 Komen Turkse en Marokkaanse paren met fertiliteitproblemen bij de huisarts? Zijn huisartsen in staat de problemen van deze paren te herkennen als ze niet expliciet

² De organisatie Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, behartigt de belangen van mensen die te maken krijgen met vruchtbaarheidsproblemen en ongewilde kinderloosheid.

³ De stichting Ambulante Fiom is gespecialiseerd in psychosociale hulp, preventie, expertiseoverdracht en onderzoek en ontwikkeling o.a. op het gebied van (on)bedoelde zwangerschap en ongewenste kinderloosheid.

- genoemd worden? Welke knelpunten ervaren huisartsen bij Turkse en Marokkaanse paren met fertiliteitproblemen?
- 2 Welke knelpunten ervaren gynaecologen bij de behandeling van fertiliteitproblemen bij Turkse en Marokkaanse paren? Verschillen die van Nederlandse paren?
 - 3 Welke knelpunten ervaren Turkse en Marokkaanse paren bij hun behandeling van fertiliteitproblemen? Verschillen die van Nederlandse paren?

1.5 Culturele context

In de Nederlandse cultuur hebben de laatste decennia grote veranderingen plaatsgevonden ten aanzien van de gezinsvorming. Een zwangerschap wordt vaak lange tijd uitgesteld onder andere vanwege de carrièreopbouw van vrouwen; steeds vaker wordt ook bewust gekozen voor kinderloosheid. In Nederland is een gemiddelde leeftijd van 30 jaar bij de geboorte van hun eerste kind samen met Italië en Spanje de hoogste ter wereld (Beets, 2004). In niet-westerse samenlevingen neemt het krijgen van kinderen een andere plaats in dan in de Nederlandse. Deze samenlevingen worden in de literatuur omschreven als 'pronatalistische samenlevingen' (Inhorn en Van Balen, 2002; Bos, van Balen en Visser 2005, Aboulghar 2005). Kinderen krijgen is geen keuze, maar een vanzelfsprekendheid. Kinderen behoren toe aan de familie. De rol van vrouwen is voornamelijk gericht op moederschap, wat voor vrouwen met fertiliteitproblemen vergaande consequenties kan hebben (Nachtigall, 2006). Onvruchtbaarheid kan resulteren in mishandeling, scheiding of een minderwaardige positie in de familie. Het uitblijven van kinderen wordt in deze samenlevingen in eerste instantie geweten aan de vrouw. Dat de man de oorzaak van onvruchtbaarheid zou kunnen zijn wordt veelal niet geaccepteerd.

Niet-westerse allochtonen in Nederland komen vaak uit dergelijke samenlevingen. Met deze andere culturele achtergrond komen zij met fertiliteitsklachten bij de arts. Daarnaast zijn er ook belangrijke verschillen in de manier waarop niet-westers allochtone mannen en vrouwen omgaan met seksualiteit. De openheid waarmee hierover in de Nederlandse samenleving gesproken wordt, bestaat niet in Islamitische gemeenschappen (Kadri et al, 2006). Gebrek aan openheid bij bijvoorbeeld Turkse of Marokkaanse paren kan leiden tot een niet of onduidelijk geformuleerde hulpvraag bij de huisarts, waardoor geen behandeling wordt aangeboden. Bij paren die wel behandeld worden, kan het een voortijdig staken van de behandeling tot gevolg hebben.

1.6 Opzet van het rapport

Hoofdstuk 1 geeft een inleiding op het thema en een beschrijving van de vraagstelling. In hoofdstuk 2 wordt de methode besproken van de verschillende deelonderzoeken. Vervolgens geeft hoofdstuk 3 de resultaten weer in vier paragrafen: het onderzoek onder huisartsen, het onderzoek onder gynaecologen, het werkbezoek aan Marokko en tot slot de interviews met de Turkse, Marokkaanse en Nederlandse mannen en vrouwen die onder behandeling zijn voor vruchtbaarheidsproblemen. In hoofdstuk 4 wordt een beschouwing gegeven van de resultaten waarbij aan de hand van vier thema's (communicatie, culturele verschillen, godsdienst en 'shop' gedrag) de rol van alle betrokkenen wordt belicht. Het rapport besluit in hoofdstuk 5 met conclusies en aanbevelingen over hoe we beter kunnen omgaan met knelpunten bij de behandeling van infertiliteit.

In bijlage 1 is een samenvatting opgenomen van het onderzoek wat aan dit onderzoek vooraf ging over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor paren met vruchtbaarheidsproblemen.

2 Methode

De studie had ten doel knelpunten bij de behandeling van fertiliteitsproblemen in kaart te brengen, zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener, als vanuit de vrouw en vanuit de man. Er vond een kwalitatieve inventarisatie plaats. Een deel van het onderzoek bestond uit interviews met betrokken zorgverleners en een deel uit interviews met personen die onder behandeling zijn of waren voor vruchtbaarheidsproblemen.

2.1 Huisartsen, gynaecologen en andrologen

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Voor de interviews met de gynaecologen, andrologen en huisartsen werd een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld, aangepast aan de drie verschillende specialismen. De selectie van de geïnterviewde huisartsen werd uitgevoerd met behulp van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Aan leden van de werkgroep 'huisartsen in achterstandswijken en interculturele huisartsenzorg' werd gevraagd of zij bereid waren geïnterviewd te worden. Een aantal leden was daartoe bereid. Deze artsen hadden bijna allemaal veel allochtone patiënten in hun praktijk. De overige huisartsen werden geselecteerd via de sneeuwbal methode waarbij het criterium was 'aanwezigheid van een grote populatie Turken en Marokkanen in de praktijk'.

De selectie van de gynaecologen en andrologen vond plaats op basis van twee criteria: enerzijds betrokkenheid bij de formulering van dit onderzoek en anderzijds de aanwezigheid van een grote populatie Turken en Marokkanen in de praktijk. Tevens was een vanzelfsprekende voorwaarde voor deelname dat het ziekenhuis waar de gynaecoloog/androloog werkte een polikliniek had waar vruchtbaarheidsproblemen werden onderzocht en behandeld.

De interviews werden telefonisch afgenomen en duurden ongeveer een uur per interview. De telefoongesprekken werden op tape opgenomen en letterlijk uitgeschreven. De antwoorden werden per vraag onder elkaar gezet en samengevat. In het verslag worden de meningen van de artsen over een aantal thema's weergegeven. Zoveel mogelijk is daarbij een letterlijke weergave van de meningen van de artsen gegeven.

Naast de interviews in Nederland zijn er ook artsen in Marokko geïnterviewd. Met drie gynaecologen vond een open interview plaats met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. Twee gynaecologen waren werkzaam in een gebied waar veel Nederlandse Marokkanen vandaan komen en één in de hoofdstad Riyad, in een groot overheidsziekenhuis waar veel Marokkanen uit Europa heen gaan voor een consult.

2.2 Paren met vruchtbaarheidsproblemen

Naast interviews met artsen werden Turkse, Marokkaanse en Nederlandse paren onder behandeling voor infertiliteit geïnterviewd in Nederland. De Turkse en Marokkaanse paren door Turkse en Marokkaanse VETC'ers⁴ (voorlichters eigen taal en cultuur), de mannen door mannen, de vrouwen door vrouwen. De VETC'ers hadden eerdere

⁴ Als in dit rapport gesproken wordt over VETC'ers kan ook gelezen worden 'migranten voorlichter' of 'allochtone zorgconsulent'

onderzoekservaring. Zij ontvingen een korte training van een gynaecoloog over infertiliteitbehandelingen.

De Nederlandse paren werden door een mannelijke en vrouwelijke onderzoeker van TNO geïnterviewd. Eenmaal werd een Marokkaanse door de Nederlandse interviewster geïnterviewd omdat deze vrouw niet door een landgenote geïnterviewd wilde worden uit angst voor roddelen.

Omdat de ervaring geleerd had in een eerder onderzoek over dit onderwerp dat mannen moeilijk zijn over te halen tot een interview over dit gevoelige onderwerp werd hen de mogelijkheid geboden om telefonisch geïnterviewd te worden. Van die mogelijkheid is vaak gebruik gemaakt. Er werden twee vragenlijsten ontwikkeld, één voor vrouwen en één voor mannen. De vragenlijsten bestonden uit gesloten en open vragen.⁵ Er werden enkele vragen gebruikt van andere onderzoekers met beider instemming (G. v.d. Woerd en F. v.Rooij).

De data van de gesloten vragen werden verwerkt in SPSS en met behulp van descriptieve statistiek geanalyseerd. Omdat de aantallen klein zijn wordt er geen statistische significantie berekend. In de tekst en in de tabellen worden percentages weergegeven met vermelding van het aantal. De open vragen werden gecodeerd en geteld.

Dit onderzoek beoogde niet om statistisch significante kwantitatieve gegevens op te leveren. Daarvoor zijn de aantallen van de onderzochte groep te klein. Ook werd niet gestreefd naar een representatieve steekproef omdat het vooral om een brede inventarisatie van knelpunten ging. Wel is er naar gestreefd een zo groot mogelijke diversiteit binnen de onderzoeksgroep na te streven. Bij de beschrijving van de onderzoeksgroep onder resultaten wordt dit nader toegelicht.

Na afronding van de interviews met de paren heeft een gesprek met de VETC'ers plaatsgevonden om hun ervaringen met het afnemen van de interviews te horen en van hen knelpunten te vernemen die niet in de vragenlijsten weergegeven konden worden.

2.3 Werving

De werving verliep via ziekenhuizen in Almere, Utrecht, Rotterdam, Tilburg en Den Haag. METC's in de ziekenhuizen hebben toestemming gegeven voor de werving. Omdat Turken en Marokkanen in het ziekenhuis vaak weigerden deel te nemen hebben de VETC'ers ook zelf mensen geworven. Zij deden dit via de sneeuwbalmethode en via moskeeën en buurthuizen.

Een klein deel van de Nederlanders is ook buiten het ziekenhuis geworven.

⁵ De vragenlijsten zijn op aanvraag beschikbaar bij TNO KvL, secretariaat V&P 071 5181671

3 Resultaten

3.1 Resultaten interviews met huisartsen in Nederland

3.1.1 Inleiding

In de periode 2004-2005 werden telefonische interviews afgenomen bij 9 huisartsen. Hieronder worden de interviews samengevat aan de hand van een aantal thema's. Er werd door de huisartsen weinig onderscheid gemaakt tussen Turken en Marokkanen. Daardoor worden beide groepen in het verslag ook meestal samen genoemd.

Overzicht deelnemende praktijken

Ligging huisartspraktijk	Aantal patiënten	Geslacht huisarts	Verhouding aantal Nederlanders (NL), Turken (T), Marokkanen (M) en overige allochtonen (OA)
Almelo	3800	V	80-85% allochtoon, vooral T
Utrecht	1950	V	40% allochtoon, helft T helft M
Rotterdam	1800	V	15% NL, 52% T, 22% M, 11% OA
Den Haag (schilderswijk)	3200	M (+2V)	5% NL, 47% T, 24% M, 24% OA(Sur/Hind)
Friesland	3500	V (+M)	90% NL, 5% T, 3% M, 2% OA
Amsterdam	2500	V (+?)	50% NL, 30% T, 20% M
Amsterdam	2300	M	20% NL, 40% T, 40% M
Nijmegen	3500	V (+2M)	42% NL, 38% T, 11 % M, 9 % OA
Amsterdam (Turkse HA)	5500	V (+M)	30% NL, 35% T, 35% M

3.1.2 *Komen Turkse en Marokkaanse paren naar de huisartspraktijk met (hulp)vragen over vruchtbaarheidsproblemen?*

Zes van de geïnterviewde huisartsen is van mening dat Turkse en Marokkaanse paren met vruchtbaarheidsproblemen eerder komen voor behandeling, twee zeggen dat er geen verschil is met autochtonen en één zegt dat ze later komen dan Nederlandse paren. Het merendeel van de huisartsen denkt dat het percentage Turkse en/of Marokkaanse paren met infertiliteitproblemen gelijk of zelfs hoger is dan het percentage Nederlandse paren met vruchtbaarheidsproblemen. Ze denken dat dit te maken heeft met de culturele achtergrond waarin het krijgen van kinderen erg belangrijk is. Kinderloosheid is bij Turken en Marokkanen eerder een probleem dan bij Nederlanders vanwege de status die het ouderschap in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap aan een paar geeft. Bij Nederlanders kiezen paren soms bewust voor kinderloosheid. Bij Turken en Marokkanen zie je dat zelden.

Bijna alle huisartsen zijn van mening dat Turkse en Marokkaanse paren vruchtbaarheidsproblemen gemakkelijk zullen voorleggen aan de huisarts. Een aantal huisartsen geeft aan dat ze de vruchtbaarheid ter sprake zouden brengen als ze zouden vermoeden dat daar een probleem ligt.

Op de vraag welke redenen Turken en Marokkanen kunnen hebben om niet gemakkelijk met vruchtbaarheidsproblemen naar de huisarts te komen antwoorden zij:

- Bang dat ik hen niet goed zal begrijpen, al is dat bij de tweede generatie minder.
- Mogelijk vinden ze het moeilijk om, als ze al in het eigen thuisland hulp gezocht hebben (voordat ze in Nederland kwamen of tijdens hun vakantie in Turkije of Marokko) er hier nog eens een keer over te beginnen.

- Misschien wordt er eerst in de eigen kring rondgevraagd wat je eraan kunt doen, of wordt hulp bij een Hodja gezocht. (Hodja is een wijze man voor Turken en Marokkanen, vergelijkbaar met de Iman, die veel weet op het gebied van de gezondheidszorg; hij werkt veel met Koran teksten)

Wanneer Turkse en/of Marokkaanse paren enige tijd getrouwd zijn, geen anticonceptie gebruiken en er geen sprake is van een zwangerschap, vragen twee huisartsen of er mogelijk sprake is van een niet vervulde kinderwens. Eén doet dit na anderhalf à 2 jaar, de ander na 2-3 jaar. Er zijn 2 huisartsen die er alleen naar vragen bij andere klachten; één bij vage onbegrepen buikklasten (heeft deze tip van een andere collega gehoord); de andere huisarts vraagt er alleen naar als er spanningsklachten zijn of andere psychische problematiek.

De redenen die genoemd worden om niet te vragen naar kinderwens zijn:

- Als ze die vraag hebben komen ze er wel mee (Turkse huisarts).
- Ik vind dit een heel persoonlijke vraag, ga er vanuit dat ze kinderen willen.
- Misschien willen ze wel eerst geld verdienen.
- Ze komen voor iets anders en dan loopt het spreekuur nog meer uit.
- Ze trekken over het algemeen al heel vroeg aan de bel, ik vraag er wel standaard naar tijdens het eerste bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker op 30-jarige leeftijd. Deze huisarts realiseert zich aan het einde van het gesprek dat dit voor Turkse en Marokkaanse vrouwen een “te late leeftijd” is om er naar te vragen.

Vier huisartsen volgen bij Nederlandse paren dezelfde procedure. Drie huisartsen gaan er van uit dat ze er wel zelf mee zullen komen. Weer een ander zegt: *‘Ik vraag het niet aan Turken en Marokkanen, omdat ik er vanuit ga dat ze kinderen willen; ik vraag het soms wel aan Nederlanders.’* En tot slot zegt een huisarts *‘Nee, aan Turken en Marokkanen vraag ik vaker of ze anticonceptie gebruiken om te kijken of ze er wel voldoende van weten, om ongewenste zwangerschap te voorkomen’.*

Als Turken en Marokkanen met vruchtbaarheidsproblemen komen brengen ze dat volgens vijf huisartsen direct ter sprake, bij drie huisartsen doen ze dat soms wel en soms niet en één schetst hoe ze het op indirecte wijze ter sprake brengen: *‘zij beginnen over iets menstruatieachtig of zo, waarvan je op je klompen aanvoelt dat het over kinderwens gaat of vragen bijvoorbeeld wanneer nu precies de vruchtbare periode is’.* Nederlandse paren brengen hun klachten veel directer, zijn beter in staat het te verwoorden en weten er meer van. Turkse en Marokkaanse patiënten zijn in houding wat bedeesder, vooral de vrouwen; verder zijn ze wat minder mondig, maar dat hangt ook erg af van de opleiding. Eén huisarts geeft toe er in het begin van de praktijkperiode vast ook wel een aantal gemist te hebben: *‘Je moet herkennen dat ze daar iets over willen vragen. Ze hebben een sterke neiging tot somatiseren. Het is in de eerste plaats een psychologisch verwerkingsprobleem als zwanger worden niet lukt, maar dat uit zich dan in allerlei somatische klachten’.*

Alle huisartsen hebben goede adviezen aan collega’s om fertiliteitproblemen niet te missen bij Turkse en Marokkaanse patiënten:

- Neem er de tijd voor en benader alles heel psychologisch en voorzichtig. Ze brengen het niet voor niets vaak via een omweg omdat het emotioneel heel beladen is. Benader het probleem tactisch, overval ze niet, geef wat voorzichtige hint en vraag voorzichtig uit of ze zich misschien zorgen maken omdat ze nog geen kinderen hebben.
- Je moet er bedacht op zijn en er actief naar vragen bij lichamelijke klachten of geen pilgebruik
- Als er 1 jaar na het huwelijk nog geen zwangerschap is zou je er naar kunnen vragen. 80-90% wil binnen één jaar na het huwelijk zwanger worden. Degene die dat niet willen gebruiken anticonceptie, dat kun je op het scherm zien. Verder wordt

er i.h.a. geen anticonceptie na het huwelijk gebruikt omdat men denkt dat vrouwen hierdoor minder vruchtbaar worden.

- Het is goed om er echt naar te vragen, niet te denken ‘dat is hun privacy’. Omdat ze zo’n sterke neiging tot somatiseren hebben zal dat uiteindelijk een heleboel consulten schelen.
- Ze moeten goed weten hoe belangrijk het krijgen van kinderen voor Turken en Marokkanen is. Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben een sterk minderwaardige positie in de familie zolang er nog geen kinderen zijn.
- Tijdig een tolk inschakelen als je taalproblemen verwacht.
- Vooral het geven van seksuele voorlichting is erg belangrijk, voorlichting over hoe je wel of niet zwanger moet worden.
- Goed uitvragen hoe lang de partner al in Nederland is.
- Turken en Marokkanen willen over het algemeen meer kinderen dan Nederlanders. Als Turkse en Marokkaanse paren die al kinderen hebben met spanningsklachten bij je komen moet je er bedacht op zijn dat dit ook wel zou kunnen samenhangen met secundaire infertiliteitproblematiek.
- Daarnaast kan er een verschil in kinderwens zijn tussen de man en vrouw of de schoonmoeder, die wil altijd meer kinderen. Dat kan ook spanningsklachten opleveren.

De huisartsen zeggen dat vrouwen meestal alleen of met een vriendin of familielid bij hen komen als ze problemen hebben met zwanger worden. Twee huisartsen gaven aan dat het paar samen komt. Twee zeiden dat afwisselend de vrouw alleen of het paar samen komt. Tijdens de consulten waarbij het paar gezamenlijk komt voert bij Marokkanen vaak de man het woord en bij Turken de vrouw.

3.1.3 *Behandeling in de huisartsenpraktijk*

Huisartsen starten het onderzoek vaak in de huisartsenpraktijk. Twee huisartsen melden dat het zonder problemen wordt geaccepteerd. De overigen ervaren dat Turkse en Marokkaanse patiënten direct doorverwezen willen worden. Eén huisarts merkt daarover op *‘mogelijk speelt een rol dat ze het vak huisarts niet kennen in Turkije en Marokko, daar gaan ze direct naar het ziekenhuis. Uiteindelijk lukt het wel, maar het kost wel wat meer moeite.’* Ze komen voor onderzoek van de vrouw en realiseren zich niet dat de man ook onderzocht moet worden.

Toch zeggen vijf huisartsen dat het doorverwijzen vergelijkbaar is met hoe dat bij Nederlanders gaat. Turkse en Marokkaanse paren geven wel direct aan dat ze voor de vrouw een vrouwelijke gynaecoloog willen.

Huisartsen vertellen dat de verwachtingen van de behandeling hooggespannen zijn. Ruim de helft van de huisartsen vermeldt dat het Turken en Marokkanen erg tegenvalt dat alles zo lang duurt. *‘Je moet relatief nog meer benadrukken dat alles tijd kost, ze willen vaak te snel resultaat zien. Turkse en Marokkaanse paren zijn relatief ongeduldiger dan Nederlandse paren, terwijl ze relatief jonger zijn en dus eigenlijk meer tijd hebben’.*

Dit ongeduld wordt door zes huisartsen in verband gebracht met hoge verwachtingen bij Turken en Marokkanen. Volgens de drie andere geïnterviewde huisartsen is er wat betreft verwachtingen geen verschil met Nederlanders.

Turken en Marokkanen zijn zeer gemotiveerd om de behandeling tot een goed einde te brengen. Uitval zie je vooral als het aan de man blijkt te liggen. Sommige zeer streng Islamitische paren mogen geen KI en IVF/ICSI. Als alles te lang duurt zie je ook uitval.

De compliance is minder dan bij Nederlandse paren, soms door onbegrip (3 HA), maar die neemt toe naarmate de behandeling vordert. Drie huisartsen zien geen verschil in compliance vergeleken met Nederlanders.

Zes huisartsen geven aan dat vruchtbaarheidsproblemen bij Turken en Marokkanen hen meer tijd kost dan bij Nederlanders: *'Ja, vooral als het allemaal niet lukt (2 HA). De acceptatie om kinderloos te blijven is veel moeilijker, je ziet ze veel vaker terug. Ze blijven naar andere oplossingen zoeken'*. Daarentegen merkt één huisarts op dat sommige Nederlanders met een waslijst van vragen komen wat juist meer tijd kost. Communicatie problemen ervaren bijna alle huisartsen, sterk afhankelijk van het kennis- en taalniveau. Overigens benadrukt een huisarts ook het belang van cultuur verschillen: *'hoe beter je de populatie leert kennen, hoe meer je erachter komt dat je de mensen minder goed kent dan je denkt. Dit komt dan niet alleen door de taal, maar ook door de andere cultuur'*.

3.1.4 *Hulp zoeken in het buitenland*

Bijna alle huisartsen denken dat Turken en Marokkanen uitwijken naar het geboorteland of hun heil bij andere geneeswijzen zoeken. Bij Nederlanders zie je dit veel minder volgens de huisartsen.

Sommige Turken en Marokkanen gaan naar een Imam of gebedsgenez(er) of gebedshuizen.

In de zomervakantie gaan ze regelmatig voor een second opinion naar een dokter in Turkije; dit doen ze niet alleen voor infertiliteit. *'Het vervelende is dat ze alleen soms met relatief "verouderde" behandelingen terug komen, die hier natuurlijk niet kunnen worden voortgezet'*. Marokkanen gaan in Marokko niet zo vaak naar de dokter aldus een huisarts. Ze gaan soms wel eens naar een Marabout (godsdienstig leider/medicijnman)

Zeker als een gynaecoloog zegt dat hij niets meer kan doen, dan wordt ook nog wel eens uitgeweken naar een Turkse arts in Brussel, waar dan vervolgbehandelingen (ICSI, IVF) e.d. worden gedaan.

3.1.5 *Anamnese*

De meeste huisartsen vertellen dat Turkse en Marokkaanse vrouwen relatief veel jonger zijn (begin 20) dan Nederlandse vrouwen als ze met vruchtbaarheidsproblemen komen. Daarnaast zijn er wat oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen die met secundaire infertiliteit komen. Het is vaak wat lastiger om de anamnese goed af te nemen zeggen vijf huisartsen. Dit ligt vooral aan de taalkennis en daarnaast aan het opleidingsniveau. Hierdoor duurt het soms ook langer om alles goed uit te vragen. *'Als je bijvoorbeeld een Turkse man hebt die al een tijd in Nederland woont en die dan een "vers" meisje uit Turkije heeft gehaald die nog zo groen als gras is, dan is het erg moeilijk om alles via hem uit te vragen, zeker vrouwenaangelegenheden, menstruatiedingen e.d. Bij de 2^e generatie, die de taal goed beheerst en een beter opleidingsniveau heeft gaat het beter, daar is het vergelijkbaar met Nederlanders'*.

Drie huisartsen hebben er geen probleem mee. *'Als ze niet goed Nederlands spreken nemen ze over het algemeen een tolk mee, of je moet als HA tijdig zorgen voor een goede tolk'*. Eén huisarts merkt nog op dat sommige mensen erg verlegen zijn.

Het cyclusverloop, en vooral de laatste menstruatie is moeilijk om helder te krijgen volgens de helft van de geïnterviewde huisartsen. Vier ervaren daar geen problemen, mits mensen de taal goed spreken.

Het navragen van de coïtusfrequentie wordt door vier huisartsen niet als een probleem ervaren, twee anderen merken op dat er lacherig over wordt gedaan. De overige huisartsen laten de vraag liggen of krijgen er met moeite antwoord op. Maar soms is er

ook een verrassende openheid: *'Als vrouwen, Turkse nog meer dan Marokkaanse, hier met een vriendin zijn en ze voelen zich veilig kunnen ze ineens heel erg open zijn over alles, zelfs over orgasmen e.d., maar met hun man erbij hoor je daar nooit iets over'*. Een goede anamnese over geslachtsziekten is moeilijk. Vier artsen zeggen dat het taboe is om daar over te praten en één lost dat op door gewoon een kweek te maken. De Turkse huisarts zegt daarover: *'Vaak kennen ze het Turkse woord voor geslachtziekte niet, en mannen vertellen het niet, zodat vrouwen vaak niet weten dat hun man het gehad heeft'*.

Lang niet alle huisartsen praten over de beleving van fertiliteitproblemen. Slecht één huisarts heeft daar geen problemen mee, de anderen laten die discussie veelal rusten. *'Dat soort abstracte dingen en over emoties praten is erg moeilijk, ook vanwege de taalbarrière'*. Bij Nederlanders praat men daar gemakkelijker over. Eén huisarts zegt *"ik denk dat ik wel weet hoe Turken en Marokkanen dat vinden."* Ruim de helft van de huisartsen spreekt wel openlijk over seksuele problemen met de mensen.

3.1.6 *Lichamelijk onderzoek*

De vrouwelijke huisartsen ervaren geen problemen met het lichamelijk en gynaecologisch onderzoek bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. De mannelijke huisartsen laten dit over aan hun vrouwelijke collega's. Er wordt echter wel opgemerkt: *'Het mag wel, maar ze zijn over het algemeen heel preuts en het is veel gefriemel tussen de rokken. Heb ook het idee dat Turkse en Marokkaanse vrouwen het als veel belastender ervaren dan NL vrouwen'*.

Eén mannelijke huisarts heeft nooit meegemaakt dat er bezwaar tegen wordt aangetekend.

Eén huisarts vertelt dat als het door een mannelijke huisarts gedaan wordt, daar altijd een derde persoon bij moet zijn. De Islam staat niet toe dat een vrouw alleen is met een vreemde man.

De ervaringen met het laten onderzoeken van sperma zijn wisselend. Drie huisartsen laten dat niet doen, drie hebben er geen problemen mee ervaren. Een andere huisarts merkt op dat er wel een drempel is om dat te doen: *'Als ik ga uitleggen wat voor onderzoeken er plaats kunnen vinden vind ik het wel heel erg opvallend dat mannen altijd heel erg verbaasd zijn dat je ook hun sperma gaat controleren, ze denken over het algemeen dat onvruchtbaarheid iets van de vrouw is. Daarnaast moet je uitleggen dat als je al een paar jaar getrouwd bent, maar niet bij elkaar woont, zwanger worden wel een stuk moeilijker gaat.'* Een andere huisarts merkt op: *'In het algemeen willen ze eerst dat de vrouw helemaal onderzocht wordt'*.

3.1.7 *Invloed van het geloof*

Twee huisartsen merken op dat donorinseminatie en abortus een probleem is en niet worden geaccepteerd, zeker bij streng islamitische paren. Eén huisarts heeft donorinseminatie een paar keer meegemaakt waarbij de familie niks mocht weten. Een huisarts geeft aan dat het verwarrend is wat de invloed van de godsdienst en wat de invloed van de cultuur is. Bijna alle huisartsen spreken over de drang van de familie om snel kinderen te krijgen. De status van de vrouw wordt bepaald door het feit of ze wel of geen kinderen heeft. Eén huisarts merkt op dat in een later stadium, als kinderen krijgen uiteindelijk niet lukt, ze het vanwege hun godsdienst beter kunnen accepteren: *'Allah heeft dat zo voor ons gewild'*.

3.1.8 *Beleving en acceptatie*

Er is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen een groter gevoel van incompleetheid en schaamte als het kinderen krijgen niet lukt dan bij Nederlandse vrouwen, want kinderen

krijgen is van een immens belang merken twee huisartsen op. De beleving is sterker en er wordt krampachtiger naar een oplossing gezocht. *In eerste instantie denken ze altijd dat het aan de vrouw ligt. Als het aan de man blijkt te liggen is de schaamte veel erger, want het wordt geassocieerd met potentie.*

Eén huisarts heeft geen problemen om over de beleving van de kinderloosheid te spreken. De andere huisartsen spreken niet tot nauwelijks over de beleving van de kinderloosheid. Zij geven aan dat ze dat bij Nederlanders makkelijker doen.

Enkele uitspraken van huisartsen: *'Het probleem wordt veel meer binnenskamers gehouden'; 'de vrouwen gaan er vooral heel erg onder gebukt, tot neiging tot suïcide aan toe'.*

De Turkse huisarts denkt echter dat er geen verschil is in vergelijking met Nederlandse paren.

Een huisarts merkt op dat het vroeger heel gebruikelijk was dat de vrouw werd verstoten als ze geen kinderen kon krijgen. *'Dat komt nu nog steeds voor, maar wel minder. Het duurt nu veel langer voordat je definitief weet dat er geen kinderen komen. Mogelijk sneuvelen meer huwelijken nu tijdens zo'n hele behandeling.'* Door de ene huisarts wordt scheiding wel vaker gezien dan de andere, variërend van heel gebruikelijk tot bijna nooit. Geen één huisarts heeft meegemaakt dat een vrouw om die reden werd mishandeld.

'Voor Turkse en Marokkaanse paren ligt het waarschijnlijk nog moeilijker om het te accepteren vanwege de hete adem van de familie in hun nek'. Waarschijnlijk zijn er wel meer Nederlanders die besluiten niet aan IVF te beginnen en kunnen Nederlandse vrouwen makkelijker op een andere manier een invulling aan hun leven geven of over gaan op adoptie'. Geen van de huisartsen heeft ooit adoptie meegemaakt door Turken en Marokkanen.

Twee huisartsen spreken uit dat doordat Turken en Marokkanen minder snel compensatie kunnen vinden voor hun ongewenste kinderloosheid je ze vaker terug ziet met allerlei lichamelijke klachten. Ook leidt het vaak tot een depressie of tot chronische psychische klachten.

Het duurt volgens drie huisartsen ook veel langer voordat Turken en Marokkanen hun ongewenste kinderloosheid kunnen accepteren, ze willen nog voor allerlei behandelingen verwezen worden.

3.1.9 *Kennisniveau*

Slechts drie huisartsen zijn van mening dat de kennis over het functioneren van het menselijk lichaam en oorzaken van infertiliteit veel minder is bij Turken en Marokkanen t.o.v. Nederlanders. Een ander merkt op dat de kennis van de 2^e generatie al veel beter is. Ook wordt gezegd dat het kennisniveau afhangt van de mate van integratie en Nederlands spreken. De andere helft van de huisartsen constateert geen verschil.

3.1.10 *Belangrijkste knelpunten*

- Kost relatief veel tijd (meerdere consulten) om de vraag goed naar voren te krijgen.
- Kennisgebrek over zwanger worden en weinig seksuele ervaring.
- Opleidingsniveau en taalprobleem.
- Realiseer me nu dat ik eigenlijk te weinig actief naar onvervulde kinderwens vraag (2 HA).
- Dat je niks meer kunt doen als het allemaal niet lukt.
- Neiging om te somatiseren.
- Eigenlijk geen knelpunten (2 HA)

3.1.11 *Adviezen van de huisartsen aan collega's die minder ervaring hebben met Turken en Marokkanen*

- Als het niet lukt, moet je de Turkse en Marokkaanse vrouwen heel goed in de gaten houden, want ze krijgen heel vaak psychosomatische klachten.
- Je moet goed uitvragen wat er in het land van herkomst gedaan is, om te voorkomen, dat je dingen dubbel doet.
- Je moet niet vragen hoe lang ze getrouwd zijn, maar hoe lang ze bij elkaar zijn.
- Een belangrijke uitdaging voor de huisarts is er achter te komen hoe het vangnet in de eigen gemeenschap is. Daar zitten uitbehandelde vrouwen die vreselijk depressief zijn.
- Je moet goed de rol van de (schoon) ouders uitvragen; die kunnen stoken, waarbij mannen in een loyaliteitsconflict kunnen komen. Dat kan relaties onder druk zetten.
- Een huisarts zou graag wat meer informatie willen hebben (literatuur of nascholing) over seksualiteit bij Turken en Marokkanen. Hoe ze erover denken en hoe hun beleving is. Verder denkt deze huisarts dat de allochtone zorgconsulent een belangrijke rol kan spelen. Ze hebben er twee in de praktijk en sinds ze die hebben merken ze dat het veel beter gaat. Het zijn echte intermediairen. Het is jammer dat ze niet in alle plaatsen worden vergoed, aldus deze huisarts
- Eén huisarts ziet relatief veel neefnicht huwelijken, waarbij ze toch meer afwijkingen ziet. Het is belangrijk om aan het paar uit te leggen dat ze dan meer kans hebben op afwijkingen.
- Je moet goed het beroepsgeheim benadrukken, zodat ze weten dat hun familie het van jou allemaal niet te weten zal komen.
- Je moet heel goed communiceren met de gynaecoloog, zodat er geen misverstanden over medicatie of prikken kunnen ontstaan.
- Overigens constateert één huisarts dat ze al 25 jaar in deze praktijk werkt en zowel eerste als tweede generatie Turken en Marokkanen heeft meegemaakt. Ze merkt dat bij de tweede generatie de kennis en taal beter is, ze geen 'stapels kinderen' hoeven en er over bepaalde dingen makkelijker gepraat kan worden, ze zijn gewoon beter op de hoogte, al hangt het af of ze uit de stad of van het platteland komen. Degenen die van het platteland komen zitten meer aan de gewoonten van hun ouders vast. Hiermee wil ze collega's meegeven dat er veranderingen zijn in positieve richting.

3.2 **Resultaten interviews met gynaecologen en andrologen in Nederland**

3.2.1 *Inleiding*

In de periode 2004-2005 werden telefonische interviews afgenomen bij 8 gynaecologen, 3 andrologen en 1 verpleegkundige. De interviews worden samengevat aan de hand van een aantal thema's.

Interviews met 8 gynaecologen/fertiliteitartsen, 3 andrologen en 1 verpleegkundige

Specialisme	Aantal patiënten/jr	Plaats	Percentage Turken (Tu) en Marokkanen (Ma)
Gynaecoloog M	200 nieuwe aanmeldingen /jr	Den Haag	50% allochtoon waarvan 20% Tu en 20% Ma
Gynaecoloog V (Egyptische)	onbekend	Den Haag	95% allochtoon waarvan meer Tu dan Ma
Gynaecoloog M	350-400	Amsterdam	25% Tu en 25% Ma
Gynaecoloog V	Ong. 750 paren/jr	Enschede	10% Tu, paar Ma
Gynaecoloog V	Ong. 750 paren/jr	Almere	0,5% Tu en 2% Ma
Fertiliteitarts V	2332 nieuwe consulten (2003) en 3769 herhalingscons.	Rotterdam	1/3 van totaal Tu + Ma (meer Tu dan Ma)
Gynaecoloog V	onbekend	Den Haag	¾ allochtoon, waarvan meer Tu dan Ma
Androloog M	Ong. 500/jr	Tilburg	10% T+M
Androloog V	3 à 400 paren/jr	Rotterdam	1/3 – ½ T+M
Androloog M	300 nieuwe paren en 500-600 onder controle	Rotterdam	40-50% allochtonen waarvan 2/3 T+M
Gynaecoloog M en verpleegkundige V	onbekend	Tilburg	10 – 15% Tu+Ma

3.2.2 *Communicatie*

Volgens de geïnterviewden komt het paar meestal samen op het consult, zeker als de vrouw slecht Nederlands spreekt. Daar worden de paren ook vaak toe verplicht door de behandelend arts, vooral in de inventariserende fase van de behandeling. Soms komt de vrouw met een familielid of vriendin, vooral als ze de taal niet spreekt. Zo wordt het taalprobleem door de mensen zelf opgelost merkt een gynaecoloog op. Maar in drie andere ziekenhuizen worden echtparen geweigerd of wordt de behandeling afgebroken als niet één van beiden goed Nederlands spreekt en wordt gezegd *'kom maar terug als jullie de taal beheersen'*. Eén gynaecoloog heeft daar een uitgesproken mening over: *'Turken die met een tolk aankomen, die behandel ik gewoon niet. Het is onmogelijk om fertiliteitbehandeling via een tolk uit te leggen. Dan zeg ik, 'ik wil je met alle plezier helpen, maar ga eerst Nederlands leren. Je hebt alle kans dat in dat jaar de vrouw vanzelf zwanger raakt'*.

Nederlanders komen als paar of de vrouw komt alleen.

Bij de andrologen komt de vrouw vaak mee en soms ook een familielid of vriend om te tolken. Degene die de taal het beste spreekt voert het woord, maar als beide Nederlands spreken voert bij Turken en Marokkanen de man vaak het woord, behalve bij hoogopgeleide vrouwen.

Door een androloog wordt opgemerkt dat vrouwen de communicatie beter lijken te begrijpen.

Gevraagd naar knelpunten in de communicatie antwoorden acht artsen dat die groot zijn, twee spreken over een taalbarrière die soms aanwezig is en één zegt *'geen problemen te ervaren, mits ze basaal Nederlands of Frans spreken'*. Overigens zijn de

artsen die de minste problemen ervaren degenen die slechts een klein aantal Turkse en Marokkaanse patiënten onder behandeling hebben en een strenge selectie maken op taal in het begin.

Eén arts heeft het gevoel dat ‘substandard care’ geleverd wordt door de taalbarrière. Een ander geeft als voorbeeld dat de postkoets test soms niet goed uit te leggen is. Slechts één arts geeft aan soms met de tolktelefoon te werken. Een ziekenhuis heeft een Turkse medewerkster die soms vertaalt. Datzelfde ziekenhuis heeft een arts die Arabisch spreekt. In alle andere ziekenhuizen verplichten de artsen om een tolkend familielid mee te nemen. Er is één ziekenhuis waar men ervaring heeft met een migrantenvoorlichter. Probleem daarvan is dat iemand niet de hele dag aanwezig kan zijn voor slechts een paar gesprekken

Een ruime meerderheid denkt dat Turkse en Marokkaanse patiënten meer tijd kosten (n=8). Eén gynaecoloog antwoordt dat het afhankelijk is van het taalniveau, een ander denkt juist dat het minder tijd kost omdat ze veel minder kritisch zijn dan Nederlandse patiënten. Dit is echter de Arabisch sprekende arts die ook Turkse vertaling bij de hand heeft.

3.2.3 *Culturele verschillen*

Er zijn duidelijke verschillen te zien in de manier waarop Turken en Marokkanen omgaan met hun vruchtbaarheidsproblemen in vergelijking met Nederlanders. Bijna alle artsen noemen de grote familiedruk bij Turken en Marokkanen om kinderen te krijgen. De sociale familiedruk is groot, vooral van de schoonmoeder.

Vruchtbaarheidsproblemen zijn een taboe waarover niet gemakkelijk wordt gesproken. *‘Het is voor Turken en Marokkanen van levensbelang om kinderen te krijgen’* constateert één van de gynaecologen. Het geeft een gevoel van schaamte wanneer het niet lukt kinderen te krijgen. Het hebben van kinderen geeft bovendien status. Bij mannen is hun mannelijkheid in het geding. Het krijgen van een zoon is daarvoor ook heel belangrijk. *‘Voor autochtonen is het ook een groot drama, maar die zullen eerder samen verdergaan zonder kinderen. Allochtonen gaan eerder uit elkaar om te proberen met een andere partner wel kinderen te krijgen’*. De kennis over anatomie en fysiologie bij Turken en Marokkanen is veel minder dan bij Nederlanders. Daardoor leveren Turken en Marokkanen zich gemakkelijker over aan de arts en accepteren de behandeling die de arts voorstelt. Nederlanders gaan met de arts in discussie over de wijze van behandelen aldus een gynaecoloog.

Een groot verschil is dat Nederlanders willen weten wat hun kansen zijn en Turken en Marokkanen willen weten of er wel of geen hoop is. Turken en Marokkanen leggen de verantwoordelijkheid daarvoor bij de arts. Een gynaecoloog formuleerde de houding van veel allochtonen als volgt: *‘wij willen een kind en dat lukt ons niet. Jij bent de dokter en jij moet er voor zorgen want daar heb je voor gestudeerd.’*

Als het probleem bij de man ligt is dat voor allochtonen veel gevoeliger. Een gynaecoloog die Arabisch spreekt vertelt het volgende verhaal: *‘ik heb wel eens meegemaakt dat een man, die ik net verteld had dat het aan hem lag, dat stukje niet vertaalde en er gewoon overheen kletste. Je zag dat die vrouw wilde weten wat ik gezegd had, maar hij vertelde het haar niet en probeerde haar af te schepen.’* *‘Jonge vrouwen zijn vaak bang teruggestuurd te worden wanneer ze niet zwanger raken’*.

3.2.4 *Invloed van het geloof van Turken en Marokkanen op de behandeling*

Deze vraag werd aan 10 gynaecologen/andrologen voorgelegd. De helft (n=5) gaf aan dat het geloof geen invloed heeft op de behandeling van Turken en Marokkanen, de andere helft had de ervaring dat er wel een belangrijke invloed is van het geloof. Enkele

gynaecologen ervaren een positieve invloed omdat het geloof helpt te berusten: *'het is immers de wil van Allah dat we geen kinderen krijgen'*. Turken en Marokkanen accepteren niet alle behandelingen die mogelijk zijn. Het gebeurt regelmatig dat gynaecologen horen dat eerst de imam geraadpleegd moet worden, alvorens overgegaan kan worden tot een behandeling. De noodzaak tot masturberen om zaad in te leveren geeft soms problemen omdat in de Islam masturbatie niet is toegestaan. Dat het product van deze zondige daad gebruikt moet worden om zwanger te worden leidt tot verwarring. Ook daarover moet een imam zijn toestemming geven. Door twee gynaecologen en een androloog wordt melding gemaakt dat er wel eens een condoom in het potje wordt gevonden omdat de man niet wilde masturberen. Dit gebeurt alleen bij enkele streng gelovigen.

3.2.5 *Verschillen in vruchtbaarheidsproblemen tussen enerzijds Nederlanders en anderzijds Turken en Marokkanen*

De meerderheid van de gynaecologen ziet geen verschillen tussen problemen die de drie groepen hebben. Eén gynaecoloog merkte op dat er minder problemen spelen bij de vrouwen omdat Turkse en Marokkaanse vrouwen jonger zijn als ze aan kinderen beginnen. Een andere gynaecoloog ziet meer cyclusstoornissen bij allochtone vrouwen vanwege overgewicht. Eén van de geïnterviewde andrologen meent vaker azoöspermie te zien ten gevolge van infecties bij Turken en Marokkanen, mogelijk in relatie tot tuberculose in de anamnese.

3.2.6 *Anamnese en lichamelijk onderzoek*

Alle gynaecologen constateren dat Turkse en Marokkaanse vrouwen jonger zijn dan Nederlandse vrouwen ten tijde van de behandeling. Nederlandse vrouwen over het algemeen ruim boven de 30, Turkse en Marokkaanse vrouwen tussen de 25 en 30. Uitvragen hoe het cyclusverloop is, wordt door vier gynaecologen als problematisch ervaren omdat mensen geen begrip hebben van de cyclus en die ook niet bijhouden. Voor drie gynaecologen was het geen probleem zolang de taal maar geen barrière is. Vragen naar de coïtusfrequentie wordt door bijna alle gynaecologen als problematisch ervaren, zeker als het via een tolkend familielid moet. De vraag roept veel schaamte op bij Turken en Marokkanen. De twee geïnterviewde mannelijke andrologen ervaren geen problemen met deze vraag.

Een minderheid van de gynaecologen/andrologen (n=4) vraagt niet naar de beleving van onvruchtbaarheid. Twee geven aan dat ze het wel kunnen bespreken als de vrouw alleen is. Slechts de gynaecoloog van Arabische afkomst besteedt hier veel tijd aan als mensen uitbehandeld zijn. Dan haalt ze er ook een tolk en een psycholoog bij.

Ook al is het een groot probleem over seksuele problemen te spreken, toch brengen de meeste gynaecologen en andrologen (n=7) het probleem wel ter sprake. Meestal worden er geen problemen naar voren gebracht. *'Ik vind dat je eigenlijk bijna nooit hoort dat er seksuele problemen zijn, we vragen er wel naar, ik denk dat ze het vaak niet vertellen. Wat bijvoorbeeld wel problemen kan opleveren is als je zegt dat ze het een bepaalde periode niet mogen doen, omdat je met follikelstimulatie bezig bent. Dat willen ze niet want die man vindt dat het elke dag moet.'* Slechts twee artsen vragen er niet naar.

3.2.7 *Voorkeur voor mannelijke of vrouwelijke arts*

Bijna alle geïnterviewde artsen geven aan dat Turkse en Marokkaanse vrouwen veel moeite hebben door een mannelijke arts te worden behandeld en mannen door een vrouwelijke arts. Een klein aantal zeer orthodoxe gelovigen accepteren het zelfs helemaal niet. Er wordt wel altijd gewaarschuwd dat het niet gegarandeerd kan worden dat er een vrouwelijke arts aanwezig is. Als de man er niet bij is laat de vrouw

gemakkelijker toe dat een mannelijke arts haar onderzoekt en de echo maakt. De vrouwelijke androloog maakt soms mee dat een man haar geen hand wil geven. Dan besluit men al gauw een mannelijke arts in te schakelen.

3.2.8 *Vervroegde uitval?*

Acht artsen bevestigen dat ze meer uitval zien bij Turkse en Marokkaanse patiënten. Daarbij zegt één arts dat het ziekenhuis zelf de mensen wegstuurt als blijkt dat de behandeling door communicatieproblemen misloopt. Door vijf artsen worden financiële problemen genoemd als reden voor uitval omdat ze het geld voor de eerste IVF niet kunnen opbrengen. Soms wachten mensen dan een poos met de behandeling om eerst geld te verdienen. Drie artsen zien geen vervroegde uitval, maar twee geven aan dat het wel belangrijk is om goede afspraken te maken.

3.2.9 *Ervaring met IVF/ICSI*

De Turken en Marokkanen die besluiten tot IVF/ICSI worden omschreven als zeer gemotiveerd. Over het algemeen zijn de ervaringen van zowel gynaecologen als andrologen positief, maar in één adem voegen ze daar aan toe dat er toch wel communicatieproblemen zijn. Zoals eerder al vermeld werd proberen sommige ziekenhuizen dat te voorkomen door bij inschrijving te selecteren op taal.

‘Mijn ervaring is positief, maar we selecteren aan de poort. Als we niet met hen kunnen communiceren, beginnen we er niet aan, want dan is het niet veilig. Als ze de taal niet goed genoeg beheersen zeggen we “ga eerst Nederlands leren of neem iemand mee die zo goed NL spreekt en die we zo goed kunnen vertrouwen, dat we die kunnen accepteren als intermediair voor de behandeling.” We moeten dan wel echt het idee hebben dat het met die persoon erbij gaat lukken. Als de communicatie niet optimaal is zal het namelijk nooit goed lukken om alle medicatie die nodig is voor de Ivf-behandeling juist te gebruiken’.

Het vraagt meer van de behandelaar. Afspraken worden soms niet goed begrepen waardoor een vrouw alleen komt, terwijl juist de man nodig was voor zaadproductie. Terwijl artsen Nederlanders een eigen verantwoordelijkheid geven bij de behandeling, zeggen ze over een aantal Turken en Marokkanen: *‘je houdt ze meer bij het handje, checkt meer en laat ze vaker terugkomen om te controleren of het allemaal wel goed gaat’.*

3.2.10 *Sperma- en eiceldonatie*

De ervaringen met donorzaad zijn verdeeld. In een aantal ziekenhuizen wordt het niet gedaan. Er wordt wel tegen het paar gezegd dat het een optie is, maar Turken en Marokkanen staan er afwijzend tegenover; door sommige gynaecologen wordt het als een taboe omschreven. Drie gynaecologen hebben een paar maal meegemaakt dat het werd geaccepteerd, maar het mocht aan niemand worden verteld. Bij Turken lijkt het nog moeilijker dan bij Marokkanen volgens één arts. Eén van de andrologen heeft het een paar maal meegemaakt, de andere andrologen nog nooit.

Eiceldonatie is alleen van belang voor gynaecologen. De meeste gynaecologen hebben hier geen ervaring mee. Eén maakt het wel bespreekbaar maar memoreert dat de mensen er nog verdrietiger van worden omdat het niet mag van hun geloof. De enige gynaecoloog die er wel ervaring mee heeft vertelt dat eiceldonatie eigenlijk gemakkelijker is dan spermadonatie: *‘Eiceldonorschap is veel minder beladen dan zaaddonorschap. Mensen willen een zaaddonor graag anoniem houden, maar een eiceldonor moet je i.h.a. zelf meebrengen. Dan is het minder beladen omdat het bijna altijd een naast familielid of goede vriendin is; dan is het al een onderwerp binnen de*

familie. Bij Turken en Marokkanen hebben we overigens ook wel eens het idee gehad dat ze een donor meebrachten, waarvan we vermoedden dat ze ervoor betaald werd'.

3.2.11 *Acceptatie behandeling*

Over het algemeen is de ervaring van zowel andrologen als gynaecologen dat Turken en Marokkanen de door de arts voorgestelde behandeling eerder accepteren dan Nederlanders. Die zijn dwingender naar de artsen toe. We vroegen of men wel eens aandrang op IVF/ICSI als er nog minder invasieve fertiliteitbehandelingen voorhanden waren. Dit komt meer voor bij Nederlanders dan bij Turken en Marokkanen. Mensen spreken regelmatig een voorkeur uit voor een jongetje bij IVF. Artsen geven geen gehoor aan dat verzoek.

Eén gynaecoloog bracht het probleem naar voren dat Turkse patiënten een middel wilden krijgen om zaad te verbeteren. Dat middel wordt in Turkije gegeven en in Nederland behoort dit niet tot de normale behandeling.

3.2.12 *Compliance*

Drie gynaecologen geven aan dat de compliance van Turken en Marokkanen minder is dan bij Nederlanders. Dat uit zich in te laat op afspraken komen en in afwijken van wat voorgeschreven is door onbegrip.

3.2.13 *Acceptatie van onvruchtbaarheid*

De artsen benadrukken dat acceptatie van onvruchtbaarheid voor alle bevolkingsgroepen moeilijk is en dat dit veel verdriet geeft. Bij Turken en Marokkanen lijkt dit verdriet echter nog intenser omdat het krijgen van kinderen in de cultuur een nog centraler plaats lijkt in te nemen dan in de Nederlandse samenleving aldus één van de gynaecologen.

Acceptatie is moeilijk want ook al heeft de dokter gezegd dat er geen hoop meer is dan zegt men *'bij Allah is alles mogelijk'*. Door gebrek aan kennis bij Turken en Marokkanen hebben zij moeite te begrijpen wat de medische problemen betekenen. Dat maakt acceptatie extra moeilijk. Door vrouwen lijkt het gemakkelijker geaccepteerd te worden dan door mannen omdat het voor mannen nog dramatischer is als ze onvruchtbaar zijn: *'je bent geen man als je geen kinderen kunt verwekken'*. Dat leidt ook tot ontkenning bij mannen.

Een van de gynaecologen zegt daarom altijd dat het aan beiden ligt en merkt daarbij op dat het ook vaak zo is. Een andere gynaecoloog merkt op: *'ook al ligt het aan de man, de vrouw krijgt toch altijd de schuld'*. Een arts formuleert het als volgt: *'Het lastigst is als je slecht nieuws te vertellen hebt, dat willen ze niet accepteren, ook al ben je de 3^e dokter die ze dit vertelt, ze willen heel graag behandeling, ook als deze in mijn ogen zinloos is, maar die misschien door een andere arts al wel is genoemd of ingezet. Ik wil mijn buitenlandse collega's niet afvallen en zeggen 'u bent geopereerd voor niks'. Dit is meer probleem met acceptatie dan met communicatie. Mensen kijken anders tegen infertiliteit aan, er is namelijk altijd een oplossing dat tot shoppen leidt. Dat vraagt om een andere benadering, ik zou me doodschamen als mensen die ik gezien heb over half jaar bij een collega op de stoep staan, dan heb ik iets niet goed gecommuniceerd vind ik'*

Nederlandse paren gaan vaak over tot adoptie, dat zie je bij Turken en Marokkanen nooit.

3.2.14 *De belangrijkste knelpunten ervaren door gynaecologen en andrologen*

Op de vraag wat men als het belangrijkste knelpunt ervaart noemen alle artsen op de eerste plaats de taal en de moeilijke communicatie. Door twee gynaecologen wordt daar

het gebrek aan kennis aan toegevoegd: *'soms denk ik: koop eens een goed boek erover, zodat je een beetje weet hoe de normale situatie is'*. Door twee andere artsen worden ook de culturele verschillen genoemd die leiden tot een moeilijke acceptatie en als gevolg daarvan het 'shopgedrag'.

3.2.15 *Adviezen van de geïnterviewde artsen aan collega's die minder ervaring hebben met Turken en Marokkanen*

- Neem de tijd voor ze.
- Houd het simpel, gebruik simpele bewoordingen.
- Turken en Marokkaanse vrouwen zijn meer verlegen, houd daar rekening mee.
- Ze uiten hun pijn veel duidelijker dan Nederlandse vrouwen. *'Nederlandse vrouwen zeggen niets of zeggen dat ze het voelen. Turkse en Marokkaanse vrouwen kunnen echt gaan gillen'*.
- Vraag of ze voor behandeling naar Turkije of Marokko zijn geweest en wat daar gezegd is en onderzocht.
- Maak voorlichtingsmateriaal in de eigen taal. *'Helaas is dat uit de mode!'*
- Houding van artsen t.o.v. Turken en Marokkanen zou moeten veranderen. *'Ik merk dat artsen soms zo veel aversie t.o.v. Turkse en vooral Marokkaanse patiënten hebben. Zodra ze met een hoofddoekje binnenkomen en de taal niet beheersen is er aversie en geïrriteerdheid, die de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloed. Iedere dokter moet de patiënt als hulpzoekende mens zien.'*
- Wees er alert op dat er vaak 'ja en amen' wordt geknikt als het niet wordt begrepen.
- Begin niet met je op te winden en stel net zulke open vragen als je aan Nederlanders stelt; *'waarvoor kom je, wat wil je en wat verwacht je?'*
- Houd in de gaten hoe het psychosociaal gaat
- Als de man vertaalt moet je goed checken of de vrouw het begrijpt en of de man alles vertaalt.
- Als er iemand meekomt om te vertalen moet dat een ouder iemand zijn die het kan begrijpen en niet een kind.
- Houd in je woordkeus rekening met culturele verschillen: *'je kunt dus bv. beter vragen "sinds wanneer zijn jullie getrouwd en wonen jullie beide in Nederland" dan "hoe lang bestaat de kindervens."*

3.3 **Resultaten interviews met gynaecologen in Marokko**

Er werden drie interviews gehouden met gynaecologen (twee vrouwen en één man) in Marokko, twee in een regeringsziekenhuis en één in een privé kliniek. De interviews vonden plaats in ziekenhuizen waarvan bekend is dat er veel Marokkanen uit Europa komen, twee in Meknes en één in Rabat. In regeringsklinieken wordt nog geen IVF of ICSI gedaan, maar in het grote regeringsziekenhuis in Rabat waar we een professor gynaecologie interviewden, kan dat binnenkort wel.

De mensen die naar Marokko komen terwijl ze onder behandeling zijn in Nederland komen vooral voor informatie en onderzoek. Ze brengen geen resultaten mee uit Nederland. De redenen dat zij komen worden door de gynaecologe in de privé kliniek in Meknes als volgt omschreven:

'In Nederland begrijpen ze de behandeling niet. Maar belangrijker nog is het geloof. Ze denken dat specialisten in Nederland geen rekening houden met hun geloof, dat er bij de behandeling dingen gebeuren die niet mogen van hun geloof. Hun geloof zegt bv. dat je niet het sperma van een andere man mag gebruiken. Ze zijn bang dat specialisten dat wel doen en sperma van een andere man gebruiken. Een andere factor die ook een rol speelt, behalve communicatie, is cultuur. Ze zijn bang dat de arts hen niet begrijpt en zij

begrijpen de arts niet. Gebrek aan vertrouwen, niet vanwege deskundigheid, maar door angst om niet begrepen te worden.'

Door alle drie de artsen wordt genoemd dat het in Marokko moeilijk is om mannen bij de behandeling te betrekken. Vaak komen vrouwen alleen en worden eerst alle onderzoeken bij de vrouw gedaan. Mannen accepteren ook niet altijd dat zij ook onderzocht moeten worden. Wanneer er niets gevonden wordt bij de vrouw, wordt de man gevraagd te komen. "Soms komt de man helemaal niet en gaat hij direct met een andere vrouw trouwen." De gynaecologe in Rabat constateert dat hier wel ontwikkelingen te zien zijn. De betrokkenheid van mannen in de stad wordt wel groter. Het zijn vooral mannen afkomstig van het platteland die hun medewerking weigeren te geven. Maar de mannelijke gynaecoloog heeft ook de ervaring dat vrouwen niet willen komen omdat zij zeggen dat het de beslissing van Allah is dat ze niet zwanger worden en dat onderzoek daarnaar tegen de wil van Allah is.

Men geeft wel onderzoeksresultaten mee naar Nederland. De artsen benadrukken tegen de mensen dat ze in Nederland verder moeten gaan met het onderzoek.

Bij de mannelijke gynaecoloog komen vooral mannen die laten testen of de uitslag van het zaadonderzoek hetzelfde is als in Nederland.

De ervaring is dat mensen in Nederland geen voorlichting hebben gekregen en dat geeft veel onzekerheid. Ze zouden graag hun eigen voorlichtingsmateriaal aan Nederlandse ziekenhuizen ter beschikking willen stellen. Alle drie benadrukken dat ze bereid zijn samen te werken met artsen in Nederland. Een unaniem advies van de Marokkaanse artsen aan de artsen in Nederland is om rekening te houden met geloofsaspecten van de mensen en met de andere culturele achtergrond.

3.4 Resultaten interviews met Marokkaanse, Turkse en Nederlandse paren onder behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen

3.4.1 Werving

De beoogde aantallen om te interviewen waren in alle groepen zowel 20 mannen als 20 vrouwen. Tabel 1 laat zien dat Turken en Marokkanen vooral door eigen werving van de VETC'ers werden gerekruteerd (67%, n=54) en in mindere mate via de deelnemende ziekenhuizen (33%, n=27). Een aantal mensen, dat tegen de arts hadden gezegd dat ze wilden deelnemen weigerden op het moment dat de VETC'er hen benaderde of bleek niet te bereiken via het opgegeven telefoonnummer.

De Turkse vrouwelijke VETC'er ging naar moskeeën en buurthuizen om mensen te werven. Via elke geworven vrouw probeerde zij andere vrouwen te werven. Zo slaagde zij er in om 13 vrouwen via eigen werving te interviewen. Naast deze wervingen waren er 35 vrouwen die weigerden mee te doen uit angst dat hun man er achter zou komen of uit angst voor roddelen. Ook de Marokkaanse vrouwen werden door de twee vrouwelijke VETC'ers via de sneeuwbal methode geworven. De Turkse mannelijke VETC'er slaagde er met moeite in enkele Turkse mannen over te halen, de Marokkaanse mannelijke VETC'er echter was zeer succesvol. Door de aard van zijn werkring had hij gemakkelijker toegang tot mannen.

Tabel 1. Werving via VETC'er of ziekenhuis in % (aantal)

	Mar. vr.		Mar. man.		Tu. vr.		Tu. man.		Subtotaal Tu/Ma		Ned. vr		Ned. man		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Werving via ziekenhs	38	(8)	16	(5)	38	(8)	75	(6)	33	(27)						
Werving via VETC'ers	62	(13)	84	(26)	62	(13)	25	(2)	67	(54)						
Totaal geïnterviewd	100	(21)	100	(31)	100	(21)	100	(8)	100	(81)	100	(14)	100	(10)	100	(105)

Zowel in het ziekenhuis als bij de werving door VETC'ers werd gevraagd of de partner ook geïnterviewd wilde worden. VETC'ers vertelden dat vrouwen niet aan hun man durfden vragen of hij geïnterviewd wilde worden. Er zijn 7 Nederlandse koppels geïnterviewd, 3 Turkse koppels en 1 Marokkaans koppel. In de overige gevallen wilde de partner niet geïnterviewd. Alle koppels kwamen via het ziekenhuis.

3.4.2 Kenmerken van de onderzoeksgroep

Tabel 1 laat behalve de wijze van werving ook zien hoe de onderzoeksgroep is samengesteld. Wat betreft de Turkse vrouwen en Marokkaanse vrouwen werden de beoogde aantallen gehaald (n=21 en n=21). Het aantal Marokkaanse mannen overtrof het beoogde aantal (n=31) en het aantal Turkse mannen bleef achter bij het beoogde aantal (n=8). Van de Nederlanders werden 10 mannen en 14 vrouwen geïnterviewd. Deze aantallen werden laag gehouden omdat er niet veel variatie was in de antwoorden. De verdeling naar verblijfsduur van Turken en Marokkanen wordt weergegeven in tabel 2

De groep die in Nederland is geboren (de tweede generatie) vormt slechts een klein deel van de onderzoeksgroep (16%, n=13). De groep die 16 tot 25 jaar in Nederland woont, is het sterkst vertegenwoordigd in de onderzoeksgroep (28%, n=23).

Tabel 2. Verdeling onderzoeksgroep naar verblijfsduur in Nederland in % (aantal)

Verblijfsduur in Nederland	0-7 jaar		8-15 jaar		16-25 jaar		> 25 jaar		sinds geboorte		Totaal	
	1 ^e generatie				2 ^e generatie							
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Marokkaanse vrouwen	1	(4)	28	(6)	24	(5)	24	(5)	5	(1)	100	(21)
Marokkaanse mannen	19	(6)	13	(4)	39	(12)	6	(2)	23	(7)	100	(31)
Turkse vrouwen	5	(1)	28,5	(6)	24	(5)	28,5	(6)	14	(3)	100	(21)
Turkse mannen	63	(5)	0	(0)	12	(1)	0	(0)	25	(2)	100	(8)
Totaal	20	(16)	20	(16)	28	(23)	16	(13)	16	(13)	100	(81)

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen en de mannen loopt niet sterk uiteen tussen de drie etniciteiten. De Marokkaanse vrouwen zijn drie jaar jonger. Op grond van de interviews met de artsen werd verwacht dat zowel Turkse als Marokkaanse vrouwen 5 jaar jonger zouden zijn dan de Nederlandse vrouwen ten tijde van de behandeling. De hoge leeftijd van Turkse en Marokkaanse vrouwen kan het gevolg zijn van de relatief hoge vertegenwoordiging van vrouwen met secundaire infertiliteit in de onderzoeksgroep. Van de vrouwelijke populatie zocht 57% (n=32) hulp vanwege primaire infertiliteit en 43% (n=24) vanwege secundaire infertiliteit. Bij de Turkse vrouwen was secundaire infertiliteit het hoogst (67% n=14), bij Nederlandse vrouwen het laagst (14% n=2) en bij Marokkaanse vrouwen was het 39% (n=8).

Omdat aan alle geïnterviewden ook de leeftijd van de partner is gevraagd zijn de aantallen in tabel 3 hoger dan het totale aantal geïnterviewden. De 11 paren die zijn geïnterviewd zijn hierbij niet dubbel geteld.

Tabel 3. Leeftijd man en vrouw

Afkomst	Gem. leeftijd		n		Std.dev.	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Marokko	35,4	30,2	43	47	5,579	4,843
Turkije	36	33,1	23	24	11,572	10,507
Nederland	35,4	33,5	17	17	5,493	5,342
Totaal	35,5	31,7	83	88	7,604	7,014

Tabel 4 laat zien dat de onderzoeksgroep wat betreft opleiding van Turkse en Marokkaanse vrouwen overeenkomt met de cijfers in de recente publicatie (2006) van het SCP 'Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden'. Van de Turkse en Marokkaanse vrouwen tot 35 jaar beschikt ongeveer een derde over een opleiding op mbo/havo of vwo-niveau (de zgn. startkwalificatie) volgens het SCP. In onze onderzoeksgroep heeft 29% van de Marokkaanse en 38% van de Turkse vrouwen deze startkwalificatie, wat precies overeenkomt met eenderde. Tweederde van alle Turkse en Marokkaanse vrouwen van 15-64 jaar heeft hooguit basisonderwijs in de studie van het SCP. In onze onderzoeksgroep heeft tweederde hooguit LBO (Marokkaanse vrouwen 71%, Turkse vrouwen 62%; het gaat in onze populatie echter om een jongere groep. Het opleidingsniveau van de Turkse mannen in de onderzoeksgroep is beduidend lager dan van de Marokkaanse mannen: tot LBO niveau 26% (n=8) bij Marokkaanse mannen en 63% (n=5) bij Turkse mannen.

Tabel 4. Hoogst afgeronde opleiding in % (aantal)

Opleiding	Mar. vrouw.		Mar. man.		Tu. vrouw.		Tu. man.		Ned. vrouw.		Ned. man		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
geen	9,5	(2)	3	(1)	14	(3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	6	(6)
basisschool	38	(8)	6	(2)	24	(5)	38	(3)	0	(0)	10	(1)	18	(19)
LBO	24	(5)	16	(5)	24	(5)	25	(2)	21	(3)	0	(0)	19	(20)
subtotaal	71	(15)	26	(8)	62	(13)	63	(5)	21	(3)	10	(1)	43	(45)
MBO	9,5	(2)	29	(9)	19	(4)	12	(1)	29	(4)	40	(4)	23	(24)
HAVO/WVO	9,5	(2)	36	(11)	19	(4)	25	(2)	7	(1)	10	(1)	20	(21)
Universiteit	9,5	(2)	10	(3)	0	(0)	0	(0)	43	(6)	40	(4)	14	(15)
subtotaal	29	(6)	74	(23)	38	(8)	37	(3)	79	(11)	90	(9)	57	(60)
totaal	100	(21)	100	(31)	100	(21)	100	(8)	100	(14)	100	(10)	100	(105)

3.4.3 Wanneer wordt kinderwens een vruchtbaarheidsprobleem?

Het is vooral de vrouw die het probleem voor het eerst ter sprake brengt. Bij 10% van de geïnterviewden brengen beiden het ter sprake. Opvallend is dat mannen zichzelf vaker noemen als degene die er over begonnen is. In enkele gevallen brengt een familielid het ter sprake, de moeder of schoonmoeder.

Het probleem wordt door ongeveer 10-15% al na een paar maanden ter sprake gebracht, maar door een ruime meerderheid na één tot anderhalf jaar. Turkse mannen brengen het snel ter sprake brengen, maar 44% (n=8) van de Turkse vrouwen brengt het pas na 2, 3 en zelfs 4 jaar ter sprake. Bij Marokkaanse vrouwen wacht 22% (n=4) er 2 tot 3 jaar mee en bij Nederlandse vrouwen wacht 17% (n=2) er langer dan twee jaar mee. White et al. (2006) geven met hun "helpseeking model" een verklaring voor het uitstel van hulp zoeken voor vruchtbaarheidsproblemen. Zolang er geen hulp wordt gezocht kan het probleem worden ontkend.

Op de vraag 'praat u er openlijk over met uw partner' antwoorden alle Nederlanders dat ze er gewoon over kunnen praten. Bij Marokkanen antwoordt 67% (n=12) van de vrouwen en 70% (n=16) van de mannen dat ze er gewoon over praten. Maar bij beide groepen zegt een derde dat ze er soms over praten. Twee Turkse vrouwen kunnen er nooit over praten met hun man en 38% (n=8) soms.

Er is soms twijfel over de stap naar de dokter te gaan met kinderwens, vooral bij Marokkaanse mannen. Dat is vooral uit angst voor wat men te horen zal krijgen: '*omdat ik niet weet of het aan mij of aan mijn vrouw ligt*'. Vrouwen zijn bang dat het te vroeg is om te gaan. Bij de Nederlanders was er maar eenmaal sprake van twijfel.

3.4.4 Communicatie

Als eenmaal de stap genomen is om naar de dokter te gaan wordt men geconfronteerd met het Nederlandse beleid t.a.v. vruchtbaarheidsbehandeling. Dat traject verloopt niet altijd zonder problemen. Een goede communicatie is daarbij van groot belang. De mogelijkheid om te kunnen communiceren in het Nederlands maakt die communicatie gemakkelijker. We hebben daarom eerst gekeken naar de taal- en luistervaardigheid. Tabel 5 geeft de spreek- en luistervaardigheid in Nederlands weer zoals de mensen dat zelf classificeren. Marokkanen zeggen vaker goed Nederlands te verstaan en te spreken dan de Turken. De groep die geen tot een paar woorden Nederlands spreekt en verstaat is klein.

Tabel 5. spreek- en luistervaardigheid in %

Spreek- en Luister- vaardigheid	Marok. vrouwen		Marok mannen		Turkse vrouwen		Turkse mannen	
	Spreken %	Verstaan %	Spreken %	Verstaan %	Spreken %	Verstaan %	Spreken %	Verstaan %
Geen woord	0	0	0	0	5	5	0	12,5
Paar woorden	19	24	10	6	14	10	25	12,5
Redelijk	33	14	35	29	43	38	37,5	37,5
Goed	48	62	55	65	38	48	37,5	37,5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

Hoewel de meerderheid aangeeft Nederlands redelijk tot goed te verstaan en te spreken, zijn er toch communicatieproblemen. Er is uitgebreid gevraagd naar hoe de communicatie tussen arts en patiënt plaats vindt. Daarbij blijkt dat Marokkaanse vrouwen (62%, n=13) en Nederlandse mannen (70%, n=7) het meeste begrijpen van wat de arts zegt. Van de Turkse vrouwen zegt slechts 33% (n=7) dat ze alles begrijpen, 24% (n=5) begrijpt helemaal niets of bijna niets.

Tabel 6. interactie tussen arts en patiënt in % (aantal)

Begrijpt u wat de arts zegt?	Mar. vrouw.		Mar.man.		Tu.vrouw.		Tu. man.		Ned.vrouw.		Ned. man	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Alles	62	(13)	39	(12)	33	(7)	50	(4)	50	(7)	70	(7)
Bijna alles, maar sommige dingen niet	38	(8)	55	(17)	43	(9)	50	(4)	50	(7)	20	(2)
Bijna niets tot helemaal niets	0	(0)	6	(2)	24	(5)	0	(0)	0	(0)	10	(1)
Totaal	100	(21)	100	(31)	100	(21)	100	(8)	100	(14)	100	(10)

Wanneer men de arts niet begrijpt vraagt de meerderheid om extra uitleg, een derde vraagt uitleg aan de partner en 5% (n=4) doet net of ze het begrijpen. Helaas begrijpen 4 mensen de arts ook niet na extra uitleg.

De meeste mensen denken dat de arts hen wel begrijpt, maar van de Turkse vrouwen denkt 24% (n=5) dat de arts hen niet begrijpt. Wel geeft 14% van de Turken en Marokkanen aan dat ze vaak dingen moeten herhalen om begrepen te worden door de arts.

In totaal heeft 55% geen vertaling nodig, vooral Marokkaanse mannen niet (68%, n=21). Dat komt overeen met wat mensen aangeven over verstaan van het Nederlands (tabel 5). Daar gaven Marokkaanse mannen aan dat ze goed Nederlands verstaan. Er werd slechts vier maal gebruik gemaakt van een officiële tolk, drie maal per telefoon en eenmaal was die aanwezig bij het consult. Per telefoon was de ervaring positief. De tolk die aanwezig was stelde opdringerige vragen die niets met het onderzoek te maken hadden.

Als er vertaling nodig is dan is het vooral de partner die vertaalt.

Behalve het verstaan van wat de arts zegt is de interactie tussen arts en patiënt van belang. Daarom vroegen we of mensen tevreden waren over de communicatie met de arts. Het gaat hier om de communicatie met de artsen in het ziekenhuis en niet over de huisarts.

Over de communicatie met de huisarts vroegen we alleen of mensen tevreden waren met de snelheid van doorverwijzen. Van de hele groep Turken en Marokkanen was 22% (n=18) ontevreden over de snelheid van doorverwijzen. In de groep Nederlanders was één man ontevreden over de snelheid van doorverwijzen. Het waren vooral de mannen die dat niet snel genoeg vonden en die daarover ontevreden waren: Marokkaanse mannen (26%, n=8) en Turkse mannen (38%, n=3). De meeste mensen in de onderzoeksgroep werden door de huisarts al binnen drie maanden doorverwezen. Er is nauwelijks verschil tussen de snelheid van doorverwijzen bij de drie groepen. Van de Marokkanen wordt 69% tussen 0 en 3 maanden doorverwezen, van de Turken 75% en van de Nederlanders 72%. Slechts 10% wordt na 12 maanden doorverwezen en twee maal werd iemand later dan na twaalf maanden doorverwezen (15 en 18 maanden). Degenen die ontevreden waren vonden dat ze te lang moesten wachten: *“na 5 maanden heeft de huisarts ons pas doorverwezen, terwijl we het elke keer vroegen.”* Tabel 7 laat de tevredenheid over de communicatie in het ziekenhuis zien.

Tabel 7. Bent u tevreden over de communicatie?

	Tevredenheid over de communicatie									
	Ja, helemaal tevreden		Redelijk tevreden		Neutraal		Ontevreden		totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Mar. vrouwen	58	(11)	26	(5)	5	(1)	11	(2)	100	(19)
Mar. mannen	23	(7)	61	(19)	10	(3)	6	(2)	100	(31)
Tu. vrouwen	43	(9)	19	(4)	29	(6)	10	(2)	100	(21)
Tu. mannen	25	(2)	62,5	(5)	12,5	(1)	0	(0)	100	(8)
Subtot. Tu/Ma	37	(29)	42	(33)	14	(11)	8	(6)	100	(79)
Ned. vrouwen	79	(11)	21	(3)	0		0		100	(14)
Ned. mannen	60	(6)	20	(2)	0		20	(2)	100	(10)
Subtot. Ned.	71	(17)	21	(5)	0		8	(2)	100	(24)

Er is een duidelijk verschil tussen Turken/Marokkanen enerzijds en Nederlanders anderzijds wat betreft tevredenheid over de communicatie. Van de Turken en Marokkanen is 37% (n=29) helemaal tevreden en van de Nederlanders 71% (n=17). Van de groep Turken en Marokkanen zijn vrouwen vaker helemaal tevreden dan mannen blijkt uit tabel 7. Bij beide groepen is 8% (n=6 en n=2) ontevreden. De ontevredenheid heeft te maken met de wisseling van artsen en het gebrek aan tijd bij de artsen en de indruk dat artsen geen moeite doen hen te begrijpen. De groep vrouwen met primaire infertiliteit (n=33) antwoordt vaker dat ze helemaal tevreden zijn dan de groep vrouwen met secundaire infertiliteit (n=23), namelijk 61% tegenover 52%. De vier vrouwen die ontevreden zijn behoren tot de groep vrouwen met primaire infertiliteit.

We keken ook naar de relatie tussen tevredenheid en kennis van de Nederlandse taal. De twee Marokkaanse vrouwen die ontevreden zijn spreken beiden goed Nederlands. Bij de twee Marokkaanse mannen die ontevreden zijn, is de spreekvaardigheid weinig tot redelijk. Van de twee Turkse vrouwen die ontevreden zijn over de communicatie spreekt één nauwelijks Nederlands en de andere redelijk.

3.4.5 Begrip over de behandeling

Er blijkt een tegenstrijdigheid tussen verstaan en begrijpen. Ook al wordt door de onderzoeksgroep aangegeven dat verstaan van de arts geen probleem is, toch blijkt het begrijpen van de arts moeilijk te zijn. Ook de VETC'ers constateerden dat er veel

onduidelijkheid is over de behandeling. Op de vraag 'weet u de reden waarom u of uw partner niet gemakkelijk zwanger wordt', antwoordt ruim een derde van de Marokkaanse vrouwen 'nee' of 'niet precies' (35%, n=7). Van de Marokkaanse mannen weet 36% (n=11) het niet of niet precies, van de Turkse vrouwen 29% (n=6) en de Turkse mannen 38% (n=3). Van de Nederlandse mannen en vrouwen weet echter 80% (n=8) en 93% (n=13) wel wat de reden is. Van de Turken en Marokkanen weet ruim 20% (n=16) niet bij wie het probleem ligt. Bij de Nederlanders weet iedereen bij wie het probleem ligt. Dit verschil kan mogelijk ook te maken hebben met ontkenning omdat het bij Turken en Marokkanen als zeer pijnlijk wordt ervaren oorzaak van onvruchtbaarheid te zijn. In tabel 6 gaf een ruime meerderheid aan dat ze de arts (bijna) altijd begrijpen. Maar toch blijkt in onderstaande tabellen, dat er veel onduidelijk is in de behandeling. Mogelijk werd vaak een sociaal wenselijk antwoord gegeven op de vraag naar begrijpen van de arts.

Slechts de helft van de Turkse vrouwen weet waarom een bepaalde behandeling nodig is. Van alle Turken en Marokkanen weet 20% (n=17) dat soms/een beetje. Marokkaanse vrouwen zijn het beste op de hoogte van de inhoud van een behandeling die zij ondergaan (76%, n=16). Bij de overigen is dat veel minder, en bij Turkse vrouwen zelfs ver onder de 50% (zie tabel 8).

Tabel 8. Weet u wat een behandeling inhoudt in % (aantal)

	Weet u tijdens bezoek aan het ziekenhuis wat een behandeling inhoudt?							
	Nee		Ja		Beetje/soms		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Mar. vrouwen	5	(1)	76	(16)	19	(4)	100	(21)
Mar. mannen	10	(3)	47	(14)	43	(13)	100	(30)
Tu. vrouwen	38	(8)	33	(7)	29	(6)	100	(21)
Tu. mannen	--	--	63	(5)	37	(3)	100	(8)
Ned. vrouwen	--	--	92	(11)	8	(1)	100	(12)
Ned. mannen	--	--	100	(10)	--	--	100	(10)

Ook over bijwerkingen en gevolgen van een onderzoek zijn Marokkaanse vrouwen veel beter geïnformeerd dan Turkse vrouwen (M 65%, n=13 en T 19%, n=4) (tabel 12).

Tabel 9 . Kent u de bijwerkingen en gevolgen van een behandeling of onderzoek in % (aantal)

	Weet u tijdens bezoek aan het ziekenhuis wat de bijwerkingen of gevolgen kunnen zijn van een behandeling of onderzoek?							
	Nee		Ja		Beetje/soms		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Mar. vrouwen	25	(5)	65	(13)	10	(2)	100	(20)
Mar. mannen	30	(9)	3	(1)	67	(20)	100	(30)
Tu. vrouwen	71	(15)	19	(4)	10	(2)	100	(21)
Tu. mannen	62	(5)	25	(2)	13	(1)	100	(8)
Ned. vrouwen	25	(3)	67	(8)	8	(1)	100	(12)
Ned. mannen	20	(2)	70	(7)	10	(1)	100	(10)

Hetzelfde verschil is zichtbaar bij de vraag of het bekend is of er nog andere behandelingen of onderzoeken mogelijk zijn. Marokkaanse vrouwen antwoorden daarop positief (67%, n=14). Turkse vrouwen zijn veel minder goed op de hoogte (14%, n=3).

We onderzochten of degenen die niet goed op de hoogte zijn van de behandeling die zij ondergaan korter in Nederland waren. Die relatie kon niet worden aangetoond. Van de 4 Marokkaanse vrouwen die 'soms' antwoorden wonen er 2 al meer dan 25 jaar in Nederland evenals degene die niet weet wat een behandeling inhoudt. De 6 Turkse vrouwen die 'nee' antwoorden zijn gelijk verdeeld over de categorieën 8 t/m15, 16 t/m 25 en >25jaar.

De relatie met beheersing van de Nederlandse taal is ook niet aantoonbaar. Eén Turkse vrouw die geen woord Nederlands spreekt begrijpt niet waarom een behandeling plaatsvindt, maar ook 5 vrouwen die redelijk tot goed Nederlands spreken begrijpen het niet.

Ook opleiding lijkt geen verklaring voor de problemen die Turkse vrouwen hebben met begrip van de behandeling. De helft van de Turkse vrouwen die moeite hebben de behandeling te begrijpen heeft een startkwalificatie, of wel MBO niveau en hoger.

3.4.6 Met respect behandeld

Nederlanders voelen zich altijd met respect behandeld in het ziekenhuis. De meerderheid van de Turken en Marokkanen ook, maar een aantal van hen heeft soms twijfels.

Tabel 10. Wordt u met respect behandeld % (aantal)

	Voelt u zich met respect behandeld in het ziekenhuis											
	Ja, altijd		Ja, meestal		Soms wel soms niet		Nee, vaak niet		Nee, nooit		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Mar. vrouwen	71	(15)	14	(3)	5	(1)	5	(1)	5	(1)	100	(21)
Mar. mannen	35	(11)	55	(17)	10	(3)					100	(31)
Tu. vrouwen	48	(10)	28	(6)	19	(4)			5	(1)	100	(21)
Tu. mannen	25	(2)	63	(5)	13	(1)					100	(8)
Ned. vrouwen	100	(14)									100	(14)
Ned. mannen	90	(9)			10	(1)					100	(10)

De volgende uitspraken laten zien waardoor het gevoel niet met respect te worden behandeld ontstaat:

“Door vrouwelijke arts geholpen. Had mannelijke aio bij zich terwijl ik lag en benen wijd had - zonder met mij te overleggen! Ik zei er iets van, maar ik werd aangevallen door de arts – ik voelde me vreselijk.” (Marokkaanse vrouw die hier geboren is en vloeiend Nederlands spreekt)

“Ze willen toch dat de patiënt zo snel mogelijk naar huis gaat; ze geven geen mogelijkheid om bij te komen van alles.”

“...Misschien omdat ik allochtoon ben...”

“...Ik word niet serieus genomen...”

“...Omdat ze je niet willen begrijpen...”

Regelmatig wordt vermeld dat baliepersoneel onvriendelijk is.

Bij de onderzoeksgroep is bij 10 Marokkanen IVF toegepast, bij één vrouw 4 maal. Bij Turken gebeurde dat bij zes vrouwen, van wie bij twee vrouwen 6 maal. En bij de Nederlanders ondergingen 4 vrouwen IVF, waarvan één vrouw zesmaal.

Veel mensen weten niet dat de eerste IVF poging betaald moet worden door de patiënt zelf⁶, vooral Turkse mannen (80% n=4) en vrouwen (80% n=16) weten dat niet. Maar ook 85% (n=11) van de Nederlandse vrouwen blijkt dat niet te weten. Van de Marokkaanse vrouwen weet 59% (n=10) dat wel en van de Marokkaanse mannen 65% (n=15).

Een ruime meerderheid van de Turken (84% n=21) en Marokkanen (77% n=26) denkt dat niet te kunnen betalen, de Nederlanders denken dat ze het wel kunnen betalen (68% n=15). Oplossingen die mensen aangeven voor dit probleem is sparen, lenen van familie, iets regelen met de verzekering, naar Turkije of Marokko gaan omdat het daar goedkoper is. Een aantal mensen weet niet hoe ze het moeten oplossen. *'Ik heb geen IVF behandeling gehad want ik kan dat niet betalen'*.

Nederlanders hebben meestal vertrouwen in de medische behandeling die zij ondergaan, slechts twee vrouwen hebben twijfel daarover en één heeft geen vertrouwen. Bij Marokkanen en Turken heerst meer twijfel. Van de Marokkanen twijfelt 17% (n=9) aan de behandeling en heeft 15% (n=8) er geen vertrouwen in. Bij de Turken is er vooral gebrek aan vertrouwen bij de vrouwen (30% n=6) en heeft 15% (n=3) twijfel over de behandeling.

De groep met primaire infertiliteit heeft meer vertrouwen in de behandeling dan de groep met secundaire infertiliteit, 71% tegenover 48%. Belangrijkste klacht is dat men zich niet serieus genomen voelt.

3.4.7 Culturele verschillen

Zowel mannen als vrouwen hebben voorkeur om door een arts van hetzelfde geslacht onderzocht te worden. Bij Marokkaanse vrouwen is die wens echter veel sterker dan bij Turkse en Nederlandse vrouwen. Van hen wil 71% (n=15) liever een vrouwelijke arts en van de Marokkaanse mannen wil 58% (n=18) een mannelijke arts voor zichzelf. Van de Turkse mannen zegt 63% (n=5) 'het maakt me niet uit' en van de vrouwen 62% (n=13). Voor Nederlandse vrouwen is dat 57% (n=8) en mannen 80% (n=8). De meerderheid is wel eens door een arts van het andere geslacht behandeld. Dat wordt dan wel geaccepteerd, maar 9 mensen voelen zich daarbij niet op hun gemak en ervaren een gevoel van schaamte.

Vrouwen vinden het geen probleem als hun partner door een vrouwelijke arts wordt behandeld: Marokkaanse vrouwen 67% (n=14); Turkse vrouwen 86% (n=18); Nederlandse vrouwen 93% (n=13). Mannen echter willen liever niet dat hun vrouw door een mannelijke arts wordt behandeld: Marokkaanse mannen 81% (n=25); Turkse mannen 75% (n=6); Nederlandse mannen 60% (n=6). Twee Marokkaanse mannen staan behandeling van hun partner door een mannelijke arts beslist niet toe.

De ervaring van het inwendig onderzoek laat ook een duidelijk verschil zien tussen Nederlandse en Turks/Marokkaanse vrouwen. Dit werd eerder beschreven door Yanikkerem et al. (2007). Bijna de helft (44%, n=8) van de Marokkaanse vrouwen ervaart dit als vervelend tot zeer vervelend en 33% (n=6) als een beetje vervelend. Van de Turkse vrouwen ervaart 84% (n=16) het als vervelend tot zeer vervelend. Van de Nederlandse vrouwen ervaart 46% (n=6) het als niet vervelend en 39% (n=5) als een beetje vervelend.

⁶ Ten tijde van het onderzoek moest de eerste IVF poging door de patiënt zelf worden betaald

Er bleek geen duidelijke relatie tussen kennis van de Nederlandse taal en ervaren van het inwendig onderzoek. Ook vrouwen die goed Nederlands spreken ervaren het als zeer vervelend.

Ook de verblijfsduur heeft geen duidelijke invloed op de mate waarin men een inwendig onderzoek ervaart. Ook vrouwen die in Nederland zijn geboren of hier al meer dan 25 jaar wonen, ervaren het als vervelend en zeer vervelend, vooral Turkse vrouwen.

De ervaring met een kijkoperatie door de gynaecoloog laat bij de Marokkaanse vrouwen een heel ander beeld zien. Van de 10 vrouwen die deze operatie ondergingen vonden slechts twee het een beetje vervelend en 60% (n=6) vond het niet vervelend. Door Turkse vrouwen wordt dat als veel erger ervaren want 25% (n=3) antwoordt 'vervelend' en 75% (n=9) 'zeer vervelend'. Maar twee Nederlandse vrouwen ondergingen een kijkoperatie waarvan één het als zeer vervelend ervoer.

De vragen naar het inleveren van sperma voor onderzoek leidden tot veel schaamte bij de vrouwen. Aan hen werd ook de vraag gesteld hoe de partner dat had ervaren en of zij er bij waren toen de partner zaad produceerde. Vooral Marokkaanse vrouwen maken melding van problemen (32%, n=6), vooral door de afwezigheid van de vrouw '*hij vond het moeilijk om dat voor elkaar te krijgen, werd niet opgewonden zonder vrouwelijk contact*'. Mannen zeggen veel vaker dat de vrouw er niet bij was dan de vrouwen: Marokkaanse mannen 89% (n=23), Turkse mannen 86% (n=6), Nederlandse mannen 60% (n=6). De helft van de Marokkaanse vrouwen zegt er niet bij geweest te zijn (n=10), ruim de helft (67%, n=6) van de Turkse vrouwen en 43% (n=6) van de Nederlandse vrouwen was er niet bij aanwezig.

Er worden veel adviezen gegeven hoe het beter zou kunnen. Zes maal wordt opgemerkt dat het beter zou zijn als het thuis zou kunnen omdat dat meer privacy geeft. '*Iedereen ziet je in het ziekenhuis naar het kamertje gaan*'. Maar 3 vinden het juiste beter in het ziekenhuis. Bij Nederlanders werden geen problemen naar voren gebracht.

Er is niemand voor een consult naar een seksuoloog geweest en men zegt daar ook geen behoefte aan gehad te hebben.

3.4.8 *Invloed van het geloof*

Vooral bij Marokkaanse mannen is er invloed van het geloof op de behandeling (82% n=18). Bij Turken is die invloed naar eigen zeggen veel minder. Van hen zegt 64% (n=16) dat hun geloof geen invloed heeft op de behandeling. Bij Nederlanders zegt 22% (n=5) dat hun geloof invloed heeft op de behandeling. Dat gaat dan vooral om vertrouwen in God. Bij Turken en Marokkanen gaat het om praktische regels zoals het feit dat zaad- en eiceldonatie verboden is binnen de Islam. Maar ook het vertrouwen dat het in Allah's hand is, is voor veel mensen belangrijk.

"Ik geloof dat Allah de enige is die kinderen kan geven en de artsen zijn het middel daarvoor. En ik ga nooit inseminatie met donorzaad doen."

Marokkaanse mannen vinden dat artsen niet voldoende rekening houden met hun geloof (100% n=22) omdat ze niet zeker weten of de arts weet wat wel en niet mag; bij Turkse mannen is dit 60% (n=3). Vrouwen hebben hier veel minder problemen mee.

Er wordt nooit melding gemaakt van zaad- of eiceldonatie in de vragenlijsten. Wel wordt opgemerkt dat ze het nooit zouden vertellen als ze er gebruik van zouden maken. Een aantal vrouwen geeft aan dat ze het wel zouden willen maar dat hun man het niet wil.

“Als het weer niet lukt dan ga ik denken aan zaaddonatie, al is mijn man het niet eens met me.”

“Uiteindelijk hebben we na de behandeling ook maar een oplossing gezocht in Turkije. Dat was ook zonder succes. Enige oplossing is zaaddonatie: mijn man wil daar niks van weten.”

Eén van de VETC'ers heeft wel van iemand gehoord dat ze gekozen hadden voor spermadonatie, maar dat mocht niet opgeschreven worden.

3.4.9 *Voorlichtingsmateriaal*

De meerderheid van de mensen heeft voorlichtingsmateriaal gekregen, maar een aanzienlijk deel van de Turken en Marokkanen niet. Vooral bij Turkse vrouwen ontbrak dat vaak (52% n=11) en van de Marokkaanse vrouwen kreeg 24% (n=5) geen voorlichtingsmateriaal. Tweemaal kregen mensen materiaal in het Arabisch en driemaal in het Turks. Het is echter niet duidelijk of dit afkomstig was uit Turkije en Marokko. Het materiaal wat men in het Nederlands kreeg was voor de meeste mensen wel begrijpelijk. Van de Marokkaanse vrouwen begreep 94% (n=15) dat materiaal, 72% (n=21) van de Marokkaanse mannen, 73% (n=8) van de Turkse vrouwen en 60% (n=3) van de Turkse mannen begreep het materiaal. Een probleem is echter wel dat er veel moeilijke woorden in worden gebruikt. Opvallend is ook dat op de vraag of ze voorlichtingsmateriaal in het Nederlands willen ontvangen bijna 100% zegt dat ze daar geen behoefte aan hebben, behalve 45% (n=9) van de Marokkaanse vrouwen. Bijna alle Turken hebben behoefte aan mondelinge voorlichting van de arts. Bij de Marokkanen heeft maar de helft van de vrouwen daar behoefte aan en maar 31% (n=9) van de mannen. Voorlichting door de verpleegkundige heeft alleen de interesse van Nederlanders en een beetje van de Marokkaanse vrouwen. In geschreven voorlichtingsmateriaal in de eigen taal zijn vooral de Marokkaanse en Turkse mannen geïnteresseerd (76%, n=22 en 57%, n=4). Vrouwen hebben daar minder interesse voor (M. 25%, n=5 en T. 31%, n=5).

Tot slot heeft 100% (n=29) van de Marokkaanse mannen interesse voor een video in de eigen taal, 45% (n=9) van de Marokkaanse vrouwen willen dat, slechts één Turkse vrouw en een krappe helft van de Turkse mannen. Niet één Nederlandse man heeft hier belangstelling voor en de helft van de Nederlandse vrouwen.

Op de vraag of men adviezen heeft voor verbetering van behandelingen, als kunstmatige inseminatie, hormoonbehandeling en IVF, laten mensen duidelijk blijken dat ze behoefte hebben aan persoonlijke voorlichting: *‘meer communicatie tijdens behandeling’*,

‘misschien meer voorlichting hoe en wat’, *‘nagesprek en begeleiding na de operatie - heb ik niet gehad’*, *‘ik denk dat patiënten goed geïnformeerd moeten worden over de bijwerkingen van hormoonbehandeling’*.

3.4.10 *Hulp zoeken in het buitenland*

Vooral Turken zoeken medische hulp in hun land van herkomst (tabel 11). Dit doen ze meestal tijdens de behandeling in Nederland (Turkse vrouwen 62%, n=19, Marokkaanse vrouwen 75%, n=6)). Vaak weet de arts in Nederland niets van die behandeling (62%, n=16).

Tabel 11. Medische hulp gezocht in land van herkomst

	Mar.vrouwen		Mar. mannen		Tu. vrouwen		Tu. mannen									
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee								
	%	n	%	n	%	n	%	n								
Hulp gezocht in land van herkomst	38	(8)	62	(13)	16	(5)	84	(26)	62	(13)	38	(8)	50	(3)	50	(3)

Marokkaanse vrouwen vertellen dat ze vooral voor informatie en onderzoek gaan. Turkse vrouwen gaan ook voor behandeling (tabel 12).

Tabel 12. Soort medische hulp

Hulp gezocht :	Mar.vrouwen		Mar. mannen		Tu. vrouwen		Tu. mannen	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Voor informatie	63	(5)	60	(3)	31	(4)	100	(3)
Voor onderzoek	75	(6)	40	(2)	77	(10)	67	(2)
Voor behandeling	14	(1)	20	(1)	69	(9)	33	(1)

Er werd geen relatie gevonden tussen het hulp zoeken in het land van herkomst en verblijfsduur in Nederland. De verwachting was dat de tweede generatie niet voor hulp naar het buitenland gaat, maar die verwachting bleek niet juist. Van de Marokkanen die hulp zochten in Marokko woont 42% (n=5) al 16 t/m 25 jaar in Nederland en 25% (n=3) al sinds de geboorte (tweede generatie). Van de Turken die hulp zochten in Turkije woont 53% (n=8) meer dan 25 jaar in Nederland, waarvan de helft sinds de geboorte (tweede generatie).

De reden dat men hulp zoekt komt vooral voort uit twijfels over de behandeling in Nederland: *“geen vertrouwen in de behandeling in Nederland; ik wilde een tweede mening.”* Sommige mensen waren uitbehandeld in Nederland: *“in Nederland waren de artsen gestaakt met de behandeling na mijn weigering over eiceldonatie.”* Maar soms ook omdat het beter te begrijpen is in Turkije: *“ik vertrouw de artsen in Turkije nog meer en het is voor mij begrijpelijker.”* *“Puur om te weten wat er aan de hand was. In Nederland duurt het maanden voordat ze iets zeggen. In Turkije kreeg je binnen een paar dagen antwoord.”*

Een Marokkaan zegt: *“voor informatie in onze eigen taal en ook vragen wat er mogelijk is i.v.m. Islam.”*

Tweemaal wordt vermeld dat de verzekering de kosten voor de behandeling wilde betalen, eenmaal in Marokko en eenmaal in Turkije.

Er zijn een aantal in het oog lopende verschillen tussen behandeling in Nederland en het eigen land. De belangrijkste reden die wordt genoemd is de communicatie die gemakkelijker verloopt (10x). Vooral voor paren waar één van beiden het Nederlands slecht beheerst is dat prettig. Maar even belangrijk is dat de behandeling veel sneller verloopt in Turkije (10x). Dat men hetzelfde geloof heeft wordt driemaal genoemd. Slechts twee mensen antwoorden dat de behandeling hetzelfde is.

Enkele veelzeggende uitspraken zijn:

‘Ik heb meer vertrouwen in de artsen en hun kennis en ervaring. Ik werd daar als meerderheid behandeld.’

‘Daar wordt de oorzaak gelijk geconstateerd en de behandeling begint direct – meestal met resultaat’.

'In Turkije betaal je zelf, daardoor beginnen ze met de juiste behandeling, maar in Nederland beginnen ze goedkope behandelingen. Pas op het laatste moment (jaren later) wordt de juiste en de duurste behandeling geprobeerd.' (2x)
'Ik voel dat de communicatie gemakkelijker verloopt, ook emotioneel.'

3.4.11 *Stoppen met de behandeling*

Er zijn een paar Turkse vrouwen en een Marokkaanse vrouw geïnterviewd die waren gestopt met de behandeling. Hierbij had angst voor verder onderzoek en omdat de behandeling te belastend werd een rol gespeeld. Bij sommigen ook vanwege spanningen in de relatie. Driemaal werd bij Turkse vrouwen verdere behandeling door de arts geweigerd.

3.4.12 *Eindegesprek met de interviewers*

In een evaluerend gesprek met de VETC'ers brachten zij naar voren dat mensen een grote behoefte hebben aan informatie. In eerste instantie stond men afwijzend tegenover een interview vertelde één van de VETC'ers, *'maar ik haalde hen over door te zeggen dat als je niets zegt er ook niets gaat verbeteren. Dan waren ze positief. Mensen waren zelfs heel enthousiast na het interview, bedankten me. Belangrijk ook dat ze informatie kregen. Ze begrijpen er niets van en kregen zo voorlichting.'*

Ze begrijpen de behandeling niet en konden op de vragen naar welke behandelingen ze hadden ondergaan niet beantwoorden. De Turkse interviewster vertelde dat vrouwen haar soms vroegen mee te gaan naar een volgend consult.

Vrouwelijke VETC'ers meldden dat de interviews erg emotioneel verliepen. Bij enkele interviews van Turkse vrouwen wilde de man niet weg. In die gevallen beheersten vrouwen zich veel meer.

Ze vertellen ontroerende dingen, zoals over een paar waarbij het probleem bij de man ligt dat besluit aan de buitenwereld te zeggen dat het aan haar ligt omdat het voor een man zo pijnlijk is. Of juist andersom: een schoonmoeder die haar schoondochter elke dag laat voelen dat ze niets waard is waarbij de man de schuld op zich neemt en tegen zijn moeder zegt dat het aan hem ligt.

Uit het volgende voorbeeld blijkt dat er soms sprake is van een spraakverwarring tussen allochtone patiënt en arts. De interviewster komt bij iemand thuis die door de gynaecoloog was aangemeld voor een interview:

'Ik kwam binnen en ik dacht dat ik het verkeerde adres had. Ik zag vier kinderen rondlopen en vroeg "zijn dat jouw kinderen?" Dat bleek het geval. "maar is het dan een probleem dat je niet zwanger wordt." De vrouw antwoordt: "Joh, voor mij hoeft dat niet. Als ik zwanger raak is het ook goed, maar ik zit er niet om te springen."' De vrouw was door de huisarts doorgestuurd naar de gynaecoloog omdat de menstruatie uitbleef. De huisarts had begrepen dat ze zwanger wilde worden en stuurde haar door naar de gynaecoloog. Ten tijde van het interview was ze al een paar maanden onder behandeling vanwege kinderwens zonder dat te weten.

4 Beschouwing

4.1 Inleiding

In de beschrijving van de resultaten benaderden we de knelpunten bij de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen van Turken en Marokkanen vanuit vijf verschillende gezichtspunten:

- I Huisartsen
- II Gynaecologen en andrologen
- III Marokkaanse gynaecologen
- IV Marokkaanse, Turkse en Nederlandse paren onder behandeling voor onvruchtbaarheid
- V Turkse en Marokkaanse voorlichters eigen taal en cultuur (VETC'ers) die de interviewers waren in dit onderzoek

De inbreng uit al deze gezichtspunten wordt aan de hand van een aantal thema's naast elkaar en tegenover elkaar gezet. Deze thema's zijn: communicatie, culturele verschillen, godsdienst en 'shoppen'.

4.2 Communicatie

Het thema communicatie komt vanuit de verschillende groepen van het onderzoek als zeer belangrijk punt naar voren. Communicatie over het onderwerp begint in de huisartsenpraktijk. Daar bleek het thema vruchtbaarheid minder vanzelfsprekend ter sprake te komen dan de meeste huisartsen denken. Niet alle Turken en Marokkanen komen er spontaan mee en het is soms nodig hen te helpen het probleem voor het voetlicht te brengen. De ervaring is dat het thema heel zorgvuldig benaderd moet worden omdat het met veel schaamte is omgeven. Huisartsen benadrukken dat het erg belangrijk is om tijd te nemen voor Turken en Marokkanen en om vooral de vrouwen goed in de gaten te houden die veel psychosomatische klachten ontwikkelen als er vruchtbaarheidsproblemen spelen. De manier waarop de huisartsen erover praten, getuigt van begrip en werkelijke aandacht voor de allochtone patiënten. Huisartsen brengen communicatie niet als een groot probleem. Zij constateren zelfs dat de communicatie al zoveel beter gaat dan een aantal jaren geleden.

Gynaecologen en andrologen benadrukken bijna allemaal de communicatieproblemen als het grootste knelpunt. Ze zien het communicatieprobleem als een taalprobleem. Dit blijkt uit de opmerkingen dat als alle Turken en Marokkanen nu maar goed Nederlands leren, het communicatieprobleem is opgelost. Incidenteel proberen ze het te ondervangen door mensen weg te sturen om eerst Nederlands te gaan leren. Overigens merken ze ook op dat Turken en Marokkanen minder kritisch zijn dan Nederlanders en daardoor soms minder tijd kosten. Maar tegelijkertijd kosten Turken en Marokkanen veel meer tijd van de artsen vanwege de moeilijke communicatie, omdat ze behandelingen niet snappen en omdat behandelingen mislopen. Gynaecologen wijten de moeilijke communicatie voor een deel ook aan het gebrek aan kennis over functioneren van het lichaam bij Turken en Marokkanen.

Uit de interviews met Turken en Marokkanen blijkt dat problemen met zwanger worden vaak niet vanzelfsprekend besproken worden met de arts. Soms duurt het jaren voordat ze het als een probleem ter sprake brengen. Als huisartsen hen een handje zouden helpen zou dat veel verdriet kunnen voorkomen. Met deze informatie wordt de

conclusie uit de focusgroepgesprekken over toegankelijkheid van de zorg voor paren met kindwens bevestigd (ZONMW project 2004, zie bijlage). De meerderheid van de Turken en Marokkanen zegt tevreden te zijn over de communicatie. Maar uit allerlei andere, zijdelingse signalen van VETC'ers, uit opmerkingen bij de vragen en uit de antwoorden op vragen over de behandeling blijkt er nogal wat mis te gaan in die communicatie. Uit eerder onderzoek onder allochtonen is bekend dat er op vragen naar tevredenheid niet snel een negatief antwoord komt. De neiging om een sociaal wenselijk antwoord te geven is groot. Het is niet beleefd te zeggen dat je ontevreden bent. Het antwoord redelijk tevreden is veelzeggend in dit geval. De meerderheid van zowel de Turkse als de Marokkaanse mannen zegt redelijk tevreden te zijn. De vrouwen die minder duidelijk voor hun mening uitkomen, zeggen vaker dat ze helemaal tevreden zijn dan de mannen.

Degenen die ontevreden zijn over de communicatie met de artsen zijn niet vanzelfsprekend degenen die geen of slecht Nederlands spreken, integendeel. Vaak zijn dat mensen die goed Nederlands spreken. Het zijn regelmatig allochtonen van de tweede generatie. Zij klagen over tijdgebrek van gynaecologen en zouden graag veel meer voorlichting krijgen van de gynaecoloog zelf. Ze vragen dat niet uit zichzelf, maar verwachten het van de arts want ze zien het als ongeleefd om te veel te vragen. Deze groep lijkt al wel minder sociaal wenselijke antwoorden te geven en durft dus openlijk te zeggen dat ze niet tevreden zijn. Terwijl gynaecologen denken dat mensen het niet begrijpen omdat ze te weinig kennis hebben, ervaren Turken en Marokkanen dat artsen altijd haast hebben en geen tijd om goede uitleg te geven.

Dit onderzoek laat opnieuw zien dat communicatie verder gaat dan begrip van taal en dat elkaars culturele achtergrond begrijpen van groot belang is. Diverse onderzoeken lieten dit reeds eerder zien (Richters 2000, van Wieringen et al. 2002, Scharwachter 2002, Culley 2004, Schmid et al. 2004, Benyamini et al. 2005, Uiters 2007). Harmsen (2003) toonde ook aan dat begrip van de communicatie tussen arts en patiënt onafhankelijk is van opleiding. Dat vonden we in deze studie ook.

De Marokkaanse gynaecologen vertellen verhalen over mensen die vooral bij hen komen om uitleg te krijgen over de behandeling die ze in Nederland ondergaan, omdat ze het niet begrijpen.

De VETC'ers geven veel voorbeelden van de spraakverwarring waar de geïnterviewden hen over vertelden. De vragenlijst ging uit van een minimale kennis van de behandelingen die de mensen ondergaan. Bij Turken en Marokkanen stuitte dit vaak op grote verwarring omdat ze zich niet bewust zijn welke behandeling ze ondergaan. De vrouw die al maanden onder behandeling was voor vruchtbaarheidsproblemen terwijl ze helemaal niet zwanger wilde worden is een illustratief voorbeeld van de spraakverwarring die soms optreedt. De behandeling geeft volgens de VETC'ers veel stress, zowel bij mannen als vrouwen. Dit heeft mogelijk invloed op het slagen van de behandeling. De relatie tussen succes van de fertiliteitbehandeling en stress wordt regelmatig besproken (Smeenk et al., 2001; Schmid et al., 2004; Pook en Krause, 2005; Schmidt, 2006; Gulseren et al. 2006). Turkse en Marokkaanse vrouwen ervaren mogelijk meer stress dan Nederlandse paren omdat ze zich vaak onzeker voelen in de behandeling.

Nederlanders weten precies wat voor behandeling ze ondergaan en wat hen te wachten staat.

Overigens is het belangrijk op te merken dat er ook een grote groep wel tevreden is, en dat ook veel artsen tevreden zijn over hun contacten met Turken en Marokkanen.

4.3 Culturele verschillen

Schouten et al. (2006) constateert in een review over culturele verschillen in communicatie tussen artsen en patiënten dat culturele factoren meestal worden onderschat in communicatieproblemen. Uiters (2007) komt tot diezelfde conclusie. Een aantal huisartsen onderkent wel dat er niet alleen sprake is van een taalprobleem, maar ook van cultuurverschillen. De beleving van onvruchtbaarheid is daar een duidelijk voorbeeld van en de onvruchtbaarheid bij mannen in het bijzonder laat verschillen in culturele beleving zien. Kinderen krijgen is een familiegebeuren. Het uitblijven van kinderen is een collectief probleem in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Gynaecologen en andrologen maken minder melding van culturele gevoeligheden bij hun allochtone patiënten. Hun zorg is dat er een kind komt en dat kan de mensen niet snel genoeg gaan. Zij worden geconfronteerd met de moeilijke acceptatie van onvruchtbaarheid en het eindeloos door willen gaan met behandelingen. Zij lijken zich niet ten volle bewust hoe erg Turkse en Marokkaanse vrouwen bepaalde onderzoeken vinden, zoals een ‘simpel’ vaginaal toucher. Zij lijken zich niet te realiseren hoe dramatisch het voor sommige vrouwen is om door een man onderzocht te worden en onaangekondigd ook nog door een assistent. Er wordt nooit vermeld dat zij zich realiseren dat het zeer schaamtevol is je te moeten ontkleden voor een mannelijke dokter, en nog erger in het bijzijn van je man.

De gynaecologen in Marokko leggen juist de nadruk op de culturele verschillen die het voor mensen moeilijk maakt om de behandeling in Nederland te ondergaan. Ze vertellen hoe moeilijk het ook in Marokko is om mannen bij de behandeling te betrekken en hoe ze zich vaak zelfs aan de behandeling onttrekken. Het is een probleem van vrouwen en mannen zijn per definitie niet schuldig aan onvruchtbaarheid, ook niet als het bewezen is. Dat is in Nederland voor de meeste vrouwen een individuele worsteling waarbij ze weinig steun ondervinden van het ziekenhuis.

Uit de interviews blijkt hoeveel moeite vrouwen hebben met sommige onderzoeken. Een ander probleem is de behandeling door een mannelijke arts. Mannen hebben minder moeite door een vrouw behandeld te worden. Maar realiseren gynaecologen zich dat zelfs een Turkse man van de tweede generatie moeite heeft zijn vrouw te laten behandelen door een mannelijke arts?

De VETC'ers waren klankbord voor de mensen en een schakel tussen twee werelden. Er werd gemeld hoe moeilijk mensen over te halen waren tot een interview. Een belangrijk argument om mensen over de streep te trekken was dat ze via het interview duidelijk konden maken welke problemen ze hebben met de behandeling, dat er eindelijk naar hen geluisterd zou worden. De Marokkaanse VETC'er gebruikte dat argument met succes en haalde daarmee veel Marokkaanse mannen over de streep.

4.4 Godsdienst

De huisartsen worden vooral met de invloed van de godsdienst geconfronteerd als een paar definitief onvruchtbaar is verklaard. Met alle problemen zien ze dan toch een acceptatie omdat men het als de wil van Allah kan zien. Dat neemt niet weg dat vrouwen er toch erg onder gebukt gaan en in psychische problemen komen.

De gynaecologen worden met de godsdienst geconfronteerd als mensen een behandeling weigeren omdat ze niet weten of het geloof dit toestaat en ze eerst toestemming aan de imam moeten vragen. De onmogelijkheid van zaad- en eiceldonatie beperkt de behandelingsmogelijkheden van de artsen. Dit is een rechtstreeks gevolg van het geloof, maar de helft van hen zegt toch dat ze weinig invloed van het geloof zien.

De Marokkaanse gynaecologen echter zien het geloof als belangrijkste reden voor mensen om naar Marokko te komen voor advies. Ze komen vragen of de behandelingen die in Nederland worden gedaan wel getolereerd worden door het geloof. Ze voelen zich onzeker tegenover Nederlandse gynaecologen omdat ze bang zijn dat die dingen doen die niet mogen van de Islam. Zaad is zeer kostbaar en daar mogen geen ongeoorloofde dingen mee gebeuren. Het afstaan van zaad is een hachelijke onderneming. Wat gebeurt er allemaal mee en komt bij IVF wel het juiste zaad bij de eicel van je vrouw?

In de interviews bleek dat vooral mannen de invloed van het geloof op de behandeling zien en dan vooral de Marokkaanse mannen. Vrouwen maken daar nauwelijks melding van. Een aantal vrouwen klaagt zelfs dat hun man geen zaaddonatie wil.

Marokkaanse mannen vinden dat artsen te weinig rekening houden met hun geloof, Turkse mannen zeggen dat veel minder vaak. De VETC'ers bevestigen de onzekerheid die bij veel mensen heerst over wat wel en niet geoorloofd is volgens de Islam. Er is hier een duidelijk verschil tussen Turken en Marokkanen en tussen mannen en vrouwen.

4.5 'Shoppen'

Met 'shoppen' wordt bedoeld dat men naar het land van herkomst gaat voor informatie, onderzoek of behandeling.

Huisartsen weten dat mensen dat regelmatig doen. Overigens denken zij dat mensen ook vaak voor traditionele behandelingen naar hun land van herkomst gaan. Huisartsen denken dat mensen met relatief verouderde behandelingen terugkomen uit het land van herkomst.

Gynaecologen zien ook soms mensen terugkomen met middelen die hier niet worden gebruikt. Vooral middelen om zaad te verbeteren die in Turkije worden gegeven vinden zij slecht. Ze lijken niet echt geïnteresseerd in wat er in Turkije en Marokko op medisch gebied gebeurt en stralen geen vertrouwen uit in de behandelingen in die landen. Ze maken zeker geen gebruik van de medische gegevens. De meeste mensen vertellen hun arts ook niet wat er voor onderzoeken en behandelingen zijn gedaan in Turkije en Marokko.

Marokkaanse gynaecologen zouden graag contacten hebben met gynaecologen in Nederland. Zij zouden ook graag voorlichtingsmateriaal wat zij gebruiken ter beschikking stellen aan Marokkanen in Nederland. Een positief initiatief is geweest dat in een recent verleden een bezoek aan Marokko van een aantal gynaecologen uit Utrecht heeft plaatsgevonden met als doel uitwisseling.

In de interviews bleek dat veel mensen naar Turkije en Marokko gaan voor informatie, onderzoek en behandeling. Vooral Turken kiezen regelmatig voor behandeling in het land van herkomst uit onvrede over de behandeling in Nederland. Turken en Marokkanen voelen zich meer thuis in het gezondheidszorgsysteem in hun land van herkomst. Er is sprake van een soort 'schaduwgeneeskunde'. Veel onderzoeken wordt herhaald en dat moet meestal op eigen kosten van de mensen. Officieel zal een Nederlandse verzekering het niet vergoeden, maar vermoedelijk zal het regelmatig als spoedeisende hulp alsnog aan de Nederlandse verzekeringen worden gepresenteerd. Nederlandse artsen gaan er van uit dat de geneeskunde in Turkije en Marokko op een lager plan staat, maar Turken en Marokkanen hebben vaak juist meer vertrouwen in de geneeskunde thuis. Belangrijk daarbij is niet alleen dat men dezelfde taal spreekt, maar meer nog dat men elkaar begrijpt, kortom dezelfde culturele achtergrond heeft. Letterlijk zei iemand dat zij zich "meer gezien" voelde door de artsen. Ook veel Turken en Marokkanen van de tweede generatie voelen zich meer thuis in de gezondheidszorg

in het land van hun ouders. De verblijfsduur heeft geen invloed op hulp zoeken in het land van herkomst.

De VETC'ers, zelf regelmatig in hun land van herkomst, begrijpen het allemaal heel goed. Zij maken zelf in de zomervakantie ook gebruik van de medische zorg voor andere zaken.

Maar als we eerlijk zijn doen Nederlanders die in het buitenland wonen dat ook.

5 Conclusies en Aanbevelingen

5.1 Conclusies

Turkse en Marokkaanse paren ervaren meer knelpunten in de behandeling van infertiliteit dan Nederlandse paren. Daarnaast is er een groot verschil tussen de beleving van Turken en Marokkanen van hun behandeling en de visie van artsen over hun Turkse en Marokkaanse patiënten. Artsen zijn zich vaak niet bewust van de problemen die hun Turkse en Marokkaanse patiënten ervaren.

Uitstel van de behandeling

De geïnterviewde huisartsen zijn empatisch wat betreft de sociale implicaties van fertiliteitsproblemen bij Turken en Marokkanen. Ze benaderen hen meestal met aandacht en begrip. Een probleem is echter dat de meerderheid van de huisartsen denkt dat Turken en Marokkanen in een vroeg stadium komen wanneer een zwangerschap uitblijft, terwijl dat niet het geval is. Een derde deel van de geïnterviewden wachtte twee jaar of langer. Huisartsen vragen meestal niet op eigen initiatief of er een kinderwens is wanneer een paar enkele jaren getrouwd is en een zwangerschap uitblijft. Het feit dat Turkse en Marokkaanse vrouwen vaak al op veel jongere leeftijd kampen met vruchtbaarheidsproblemen dan Nederlandse vrouwen, draagt waarschijnlijk bij aan het probleem van gebrek aan inzicht bij de huisarts.

Veel Turkse en Marokkaanse paren, ook degenen die het bezoek brengen aan de arts niet lang uitstellen, willen snel worden behandeld. Het beleid om eerst een periode af te wachten, zoals dat door de meeste huisartsen wordt toegepast en zoals dat ook in de richtlijnen staat, wordt door Turken en Marokkanen ervaren als een onnodige vertraging.

Communicatie problemen

Uit de interviews met gynaecologen en andrologen blijkt dat zij een relatief ‘zakelijke’ benadering hebben van Turkse en Marokkaanse paren. Er wordt verwacht dat zij de Nederlandse taal beheersen, omdat zij anders de ingewikkelde behandelingen niet zouden begrijpen. Sommige ziekenhuizen weigeren Turken en Marokkanen in behandeling te nemen wanneer zij de Nederlandse taal niet voldoende beheersen. Ook uit de interviews met patiënten onder behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen blijkt dat er veel communicatieproblemen zijn tussen gynaecologen en patiënten. Dit geldt niet alleen voor de Turkse en Marokkaanse paren, maar ook voor Nederlandse paren, hoewel in mindere mate. Turken en Marokkanen weten niet goed wat hun behandeling inhoudt, vooral Turkse vrouwen weten dat niet.

Slechts 37% van de Turken en Marokkanen en 71% van de Nederlanders is helemaal tevreden over de communicatie tijdens vruchtbaarheidsbehandelingen. Bij beide groepen is 8% ontevreden over de behandeling. Tevredenheid lijkt niet afhankelijk van verblijfsduur in Nederland, noch van beheersing van de taal of van opleidingsniveau.

Culturele verschillen

De Marokkaanse en Turkse vrouwen in ons onderzoek ervaren veel meer pijn bij het gynaecologisch onderzoek dan Nederlandse vrouwen. Deze behandeling wordt als schaamtevol ervaren en ontkleden is eveneens een probleem, vooral in het bijzijn van de echtgenoot. Een (co)-assistent die meekijkt wordt als zeer belastend ervaren. Toch gaven de meeste geïnterviewde artsen aan dat ze op de hoogte zijn van deze gevoeligheden en er rekening mee houden.

De beleving van de tijd en aandacht die patiënten krijgen verschilt tussen cliënten en zorgverleners. Een belangrijke klacht van Turken en Marokkanen is dat artsen geen tijd en aandacht voor hen hebben. Daarentegen geven de geïnterviewde gynaecologen en andrologen aan dat ze de tijd nemen om Turkse en Marokkaanse patiënten de behandelingsaspecten rustig uit te leggen.

Invloed van religie

Er is veel bezorgdheid dat de behandeling niet in overeenstemming is met het geloof, vooral bij Marokkanen. Gynaecologen in Marokko geven aan dat Marokkanen uit Europa naar hen toekomen om zich ervan te vergewissen dat hun behandeling niet in strijd is met de geloofsvoorschriften. Ze voelen zich onzeker omdat ze denken dat Nederlandse artsen daar geen rekening mee houden. Nederlandse artsen denken juist precies te weten wat het geloof van Turken en Marokkanen wel en niet toestaat. Zij geven aan niet veel invloed van het geloof te merken.

'Shoppen' in het land van herkomst

Moeizame communicatie met de zorgverlener en de duur van de behandeling vormen aanleiding om hulp te zoeken in het land van herkomst. Meer dan 60% van de geïnterviewde Turkse vrouwen gaat voor onderzoek en behandeling naar Turkije. Van de Marokkaanse vrouwen gaat 38% voor informatie en onderzoek naar Marokko. Zowel Turken als Marokkanen, vrouwen én mannen, voelen zich beter begrepen door de artsen in het land van herkomst. Er vindt geen uitwisseling plaats tussen artsen in Nederland en artsen in Turkije of Marokko. Als patiënten resultaten meenemen terug naar Nederland worden ze voor hun gevoel niet serieus genomen. Meestal zeggen ze niets over hun behandeling in Turkije of Marokko.

Tot slot

Het was in dit onderzoek niet mogelijk om de tevredenheid te relateren aan het succesvol zijn van de behandeling. Mogelijk zijn mensen positiever over de behandeling naarmate die succesvoller is. Dit kon niet worden onderzocht omdat bijna alle geïnterviewden nog onder behandeling waren. Wel bleek dat vrouwen onder behandeling voor primaire infertiliteit vaker helemaal tevreden waren dan de groep onder behandeling voor secundaire infertiliteit.

5.2 Aanbevelingen

- Huisartsen kunnen Turkse en Marokkaanse paren zonder schroom vragen of er kindwens bestaat als ze een jaar getrouwd zijn, geen anticonceptie gebruiken en er nog geen zwangerschap is. Hierdoor neemt de toegankelijkheid tot vruchtbaarheidsbehandelingen voor Turken en Marokkanen waarschijnlijk toe.
- Turkse en Marokkaanse paren die daar behoefte aan hebben, moeten begeleid kunnen worden in hun behandeling door een intermediair, zoals een VETC'er (Voorlichter Eigen Taal en Cultuur) of migrantenvoorlichter, zolang de Nederlandse gezondheidszorg nog niet is toegerust om mensen met een andere culturele achtergrond goed te begeleiden. Deze persoon kan meegaan naar de consulten als mensen dat wensen, kan de behandeling uitleggen en kan als intermediair tussen arts en patiënt fungeren. Mogelijk wordt de behandeling daardoor effectiever en neemt de klanttevredenheid toe. Voor artsen zou de behandeling van Turken en Marokkanen daarmee eenvoudiger worden.
- Het ontwikkelen en verspreiden van voorlichtingsmateriaal in de eigen taal en met aandacht voor culturele verschillen kan begrip van de behandeling verhogen.

Bestaand materiaal in het land van herkomst zou als basis kunnen dienen en aangepast kunnen worden aan de Nederlandse situatie.

- Het Nederlandse voorlichtingsmateriaal zou vereenvoudigd moeten worden. Dit is ook nuttig voor Nederlandse patiënten.
- Het verdient aanbeveling te onderzoeken of een behandeling succesvoller of efficiënter wordt als die (deels) in het moederland plaatsvindt of in samenwerking met het moederland. Om dit succesvol tot stand te brengen moeten zorgverzekeraars samenwerken met ziekenhuizen in Marokko en Turkije.
- Nederlandse zorgverleners zouden getraind moeten worden in “cultural competency”, dat wil zeggen begrip hebben van culturele verschillen en daarmee om kunnen gaan in de communicatie met en behandeling van hun patiënten. Daardoor kunnen ze hun allochtone patiënten beter van dienst zijn, maar wordt het werk voor henzelf ook vergemakkelijkt.
- Deze kwalitatieve studie heeft een aantal serieuze knelpunten aan het licht gebracht. Het is nu van belang om in een kwantitatieve studie een beeld te krijgen van de prevalentie van deze knelpunten en de gevolgen ervan voor zowel patiënten als artsen. Met een dergelijke studie kan ook worden onderzocht of er een verband bestaat tussen communicatieproblemen en het uitblijven van resultaat van de behandeling.

6 Referenties

ABOULGHAR MA. The importance of fertility treatment in the developing world. Commentary in BJOG September 2005, Vol. 112, pp 1174-1176

BEETS G. De timing van het Eerste Kind: Een overzicht. Bevolking en Gezin, 33 (2004),1,115-142

BENYAMINI Y, GOZLAN M, KOKIA E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. Fertility and Sterility Vol. 83, No. 2, February 2005

BOIVIN J, SCHMIDT L. Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. Fertility and Sterility Vol.83, No 6, June 2005, Volume 51, Number 5/May 2006

BOS H, VAN BALEN F, VISSER A. Social and cultural factors in infertility and childlessness. Editorial in Patient Education and Counseling 59 (2005) 223-225

BRUIJNZEELS MA, VOORHAM AJJ, DE HOOP T. Migrantenvoorlichting in de huisartsenpraktijk: een procesevaluatie. Huisarts en Wetenschap 1999;42:307-10

BUITENDIJK SE. Evidence-based in-vitro fertilisation. Lancet 1995 Sep 30 346(8979):901

BUITENDIJK SE: IVF pregnancies: outcome and follow-up. 2000. Proefschrift

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandstatistiek van de Bevolking 2002

CULLEY L, RAPPORT F, KATBAMNA S, JOHNSON M, HUDSON N. A Study of Provision of Infertility Services to South Asian Communities. De Montfort University, March 2004

DE BOER EJ, VAN LEEUWEN FE, DEN TONKELAAR I, JANSEN CAM, BRAAT DDM, BURGER CW. Methoden en resultaten van in-vitrofertilisatie in Nederland in de jaren 1983-1994, Ned Tijdschrift voor Geneeskunde 2004 17 juli; 148 (29)

FEKKES M, BUITENDIJK SE, VERRIPS GHW et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Obstetrics & Gynecology, 2004,16(3), 263-279

GARSSEN J, NICOLAAS H. Recente trends in de vruchtbaarheid van niet-westerse allochtone vrouwen. CBS, Bevolkingstrends, 1^e kwartaal 2006 pp 15-31

GERRITS T, BOONMONGKON P et al. (1999). Involuntary Infertility and Childlessness in Resource-poor Countries: An Exploration of the Problem and an Agenda for Action. Het Spinhuis 1999

GULSEREN L, CETINAY P, TOKATLIOGLU B, SARIKAYA OO, GULSEREN S, KURT S. Depression and Anxiety levels in infertile Turkish Women. The Journal of Reproductive Medicine, volume 51, Number 5/May 2006

HARMSSEN JAM. When cultures meet in medical practice, proefschrift. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2003

INHORN MC, VAN BALEN F, (2002). Infertility Around The Globe. University of California Press 2002

INHORN MC. Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine* 56 (2003) 1837-1851

KADRI N, BERRADA S, ALAMI KHM, MANOUDI F, RACHIDI L, MAFTOUH S, HALBREICH. Mental health of Moroccan women, a sexual perspective. *Journal of Affective Disorders* (2006) In press

KORFKER D, VAN DER PAL K. Infertility Problems Amongst Turkish and Moroccan Couples in The Netherlands: the accessibility of health care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 23, No 3, pp 278, August 2005

NACHTIGALL RD. International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility* Volume 85, Issue 4, April 2006, pages 871-875

POOK M, KRAUSE W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, Vol. 83, No. 1, January 2005

RATHENAU INSTITUUT. Verslag van de nacht van de voortplanting: Grenzeloos kinderloos. 2002

REPRODUCTIVE HEALTH OUTLOOK, 1999

RICHTERS A. Socio-cultural plurality in obstetrics and gynaecology in the Netherlands: research note. In *Ethnografic Health* 2000 May 5 (2): 127-36

SCHARWACHTER W. (2002). Communiseren met allochtone patienten en de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dutch University Press.

SCHMID J, KIRCHENGAST S, VYTISKA-BINSTORFER E, HUBER J. Infertility caused by PCOS—health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Human Reproduction* Vol 19, No. 10 pp. 2251-2257, 2004

SCHMID J, KIRCHENGAST S, VYTISKA-BINSTORFER E, HUBER J. Psychosocial and sociocultural aspects of infertility –a comparison between Austrian women and immigrant women. *Anthropologischer Anzeiger* 2004 Sep; 62(3): 301-9

SCHMIDT L. Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet*. Vol 367, pp 378-380, February 4, 2006

SCHOUTEN BC, MEEUWESSEN L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64 (2006) 21-34

SMEENK JMJ, VERHAAK CM, EUGSTER A, VAN MINNEN A, ZIELHUIS GA, BRAAT DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction* Vol 16, No 7 pp.1420-1423, 2001

UITERS E, Primary health care use among ethnic minorities in The Netherlands, proefschrift 2007

VAN BALEN F, KETTING E, VERDURMEN J. Zorgen rond onvruchtbaarheid: voornaamste bevindingen van het Nationaal Onderzoek Gedrag bij Onvruchtbaarheid. Delft Eburon 1995

VAN ROOIJ FB, VAN BALEN F, HERMANNNS JMA. Migrants and the menaing of parenthood: involuntary childless Turkish migrants in The Netherlands. Human Reproduction Vol. 21, No. 7 pp 1832-1838, 2006

VAN ROOIJ FB, VAN BALEN F, HERMANNNS JMA. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology, June 2007; 28(2): 87-95

VAN WIERINGEN J, HARMSSEN JAM, BRUIJNZEELS MA. Intercultural communication in general practice. European Journal of Public Health 2002; 12: 63-68

VERDURMEN JEE. Keuzes bij onvruchtbaarheid: besluitvormingsprocessen bij onvruchtbare paren, 1997 Uitgever: Groningen : Van Brug

Vruchtbaarheidsstoornissen, Kansen op doelmatiger zorg, ZONMW 2005

YANIKKEREM E, ÖZDEMİR M, BINGOL H, TATAR A, KARADENİZ G. Women's attitudes and expectation regarding gynecological examination. Midwifery 2007 Dec 15, Papers 18086509

YEBEI VN. Unmet needs, beliefs and treatment-seeking for infertility among migrant Ghanaian women in The Netherlands. Unpublished paper

WHITE L, MCQUILLAN J, GREIL AL, JOHNSON DR. Infertility : Testing a helpseeking model. Social Science & Medicine 62 (2006) 1031-1041

A Aanvulling op inventarisatie van knelpunten bij de behandeling van infertiliteitproblemen van Turken en Marokkanen

ZonMw (programma Diversiteit 2004)

Samenvatting

Het project had als belangrijkste doelstelling om het door ZonMw gefinancierde project “Inventarisatie van knelpunten bij de behandeling van infertiliteitproblemen van Turken en Marokkanen” te onderbouwen met een grotere inbreng van de doelgroep. Daartoe zijn 21 Marokkanen en 19 Turken geïnterviewd. Een aantal gesprekken hebben plaatsgevonden in groepsverband (focusgroepen) en een aantal in individuele interviews. De belangrijkste vraagstelling in de gesprekken was na hoeveel tijd men het feit dat de vrouw niet zwanger wordt als probleem gaat ervaren en wat men in die situatie doet. De gesprekken hebben zeer waardevolle informatie opgeleverd. Maar ook het feit dat veel gesprekken niet hebben kunnen plaatsvinden heeft nuttige informatie opgeleverd voor het onderzoek.

Algemeen is bekend dat werven van allochtone respondenten veel tijd en energie vraagt. Dat was ook in dit onderzoek de verwachting. Het onderwerp “onvruchtbaarheid” of “moeilijk zwanger worden”, zoals we het al snel noemden om werving te vergemakkelijken, bleek de werving extra moeilijk te maken. Spreken met paren over onvruchtbaarheid bleek bijna niet mogelijk te zijn. Dit feit op zich leverde veel informatie op over de beleving van vruchtbaarheidsproblemen en het taboe wat daar op rust. Het enige paar dat bereid gevonden werd tot een interview had de problemen achter zich liggen en had inmiddels na behandeling twee kinderen.

Het past allemaal in het beeld wat naar voren kwam uit de gesprekken met zowel jonge als oudere vrouwen, zowel bij Turkse vrouwen als bij Marokkaanse vrouwen. Enerzijds worden fertilitieitproblemen gezien als een probleem van vrouwen en anderzijds wordt het vooral door mannen als een zodanige schande ervaren dat men er absoluut niet over wil praten met anderen. Voor mannen is het vooral een aantasting van hun mannelijkheid. Hiermee wordt duidelijk dat seksespecificiteit- en diversiteit bij vruchtbaarheidsproblemen een zeer grote rol spelen.

In totaal hebben 38 vrouwen in een focusgroep (n= 35) of een persoonlijk interview (n= 3) aan ons onderzoek deelgenomen en twee mannen in een persoonlijk interview. De verschillen tussen de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen zijn er wel, maar zijn niet opvallend. Ook verschillen tussen middelbaar opgeleiden en lager opgeleiden spelen geen belangrijke rol in onze onderzoeksgroep. Hoogopgeleiden hebben niet deelgenomen aan de interviews. Wel lijkt de verblijfsduur in Nederland een rol te spelen. Vrouwen die in Nederland zijn opgegroeid stappen misschien sneller naar de huisarts dan vrouwen die hier vlak voor hun huwelijk zijn gekomen. De aantallen zijn echter te klein om hier een uitspraak over te kunnen doen. Deze vraag wordt meegenomen in de inventarisatie van knelpunten bij de behandeling in infertiliteit. Belangrijkste resultaten van de interviews met jonge vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen waren dat men geneigd is niet direct naar de huisarts te stappen als een zwangerschap uitblijft. Turkse vrouwen lijken dat iets minder laat te doen dan Marokkaanse vrouwen. Marokkaanse vrouwen doen dat vaak pas na twee jaar en Turkse vrouwen vaak al binnen een jaar. Omdat Turkse en Marokkaanse vrouwen

jong in het huwelijk treden en ze nog jong zijn als ze bij de huisarts komen, krijgen ze daar vaak het advies geduld te hebben en zich vooral geen zorgen te maken. De huisarts neemt de tijd voor onderzoek, alvorens de vrouw door te sturen naar de gynaecoloog. Dat geeft bij de vrouw vaak het gevoel dat ze niet serieus genomen wordt. Reden om het bezoek aan de huisarts uit te stellen is vooral schroom om het uitblijven van een zwangerschap als een probleem te identificeren en angst voor een negatieve uitslag van onderzoeken. Zolang je niets weet lijkt er geen probleem. Het moment van naar de huisarts gaan heeft soms te maken met de verblijfsduur in Nederland. Importbruiden uit Turkije zoeken snel hulp bij de huisarts onder druk van de familie.

Er wordt veelal één à twee jaar anticonceptie gebruikt na het huwelijk alvorens men kinderen wil. Dit heeft soms te maken met het feit dat de vrouw nog bezig is met de inburgeringcursus, soms omdat men nog even vrij wil zijn en elkaar beter wil leren kennen. Overigens wordt het gebruik van anticonceptie door de geïnterviewde vrouwen vaak als aanleiding gezien voor hun problemen met zwanger worden.

Er wordt op grote schaal 'geshopt' bij artsen in het land van herkomst gedurende vakanties. De Nederlandse arts weet hier vaak niets vanaf. Vooral Marokkanen gaan ook naar traditionele genezers in Marokko.

De oudere vrouwen hebben een belangrijke functie bij problemen met zwanger worden van hun kinderen. Zij zijn vraagbaak en geven allerlei adviezen over huismiddelen die de kans op zwangerschap vergroten.

Oudere vrouwen verwachten uiterlijk twee jaar na het huwelijk een zwangerschap bij hun kinderen. Als het langer duurt, worden ze bezorgd. Ze vragen er niet vanzelfsprekend naar, zeggen zij zelf. De jongere vrouwen ervaren dat anders, zij voelen grote druk om kinderen te krijgen, vooral van hun schoonfamilie.

Conclusies

Kinderen krijgen is heel belangrijk in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Bewust kinderloze echtparen zijn er volgens onze respondenten niet.

De meeste paren willen wel één à twee jaar wachten met zwanger worden na het huwelijk. Men denkt dat problemen met zwanger worden het gevolg zijn van dit anticonceptiegebruik.

Praten over vruchtbaarheidsproblemen is taboe in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Dit bemoeilijkte het onderzoek, maar tegelijk is dat ook een belangrijk resultaat van dit onderzoek. In de Nederlandse cultuur beseffen we misschien wel eens te weinig hoe belangrijk het krijgen van kinderen is voor Turkse en Marokkaanse gezinnen. Dit zou consequenties moeten hebben voor de manier waarop we deze mensen benaderen in de gezondheidszorg.

Het was niet te vermijden dat de problematiek van knelpunten bij de behandeling regelmatig ter sprake kwam in de gesprekken met mensen die al onder behandeling zijn. Het is niet relevant daar in dit verslag diep op in te gaan. Deze gegevens worden gepresenteerd in de eindrapportage van het grote knelpuntenonderzoek.

Problemen met zwanger worden zijn een vrouwenzaak waar mannen zich niet verantwoordelijk voor voelen. Maar ook door de Turkse en Marokkaanse gemeenschap wordt zwanger worden vooral als een onderwerp gezien wat vrouwen betreft.

We hebben geconstateerd dat het over het algemeen een jaar duurt voordat Turkse en twee jaar voordat Marokkaanse paren naar de huisarts gaan met klachten over uitblijven van een zwangerschap. Dat wordt als een moeilijke stap ervaren. Bovendien is er sprake van een ontkenning van het probleem omdat men bang is voor de uitkomst van onderzoek. Bij Turkse importbruiden zagen we een tendens om heel snel naar de huisarts te gaan, bij Marokkaanse importbruiden juist een tendens om lang te wachten.

Bij de huisarts gekomen krijgen vrouwen dan vooral het advies gezond te gaan leven en rustig af te wachten. Dat is voor mensen die voor hun gevoel al een poos hebben gewacht frustrerend. Men voelt zich vaak niet serieus genomen door de huisarts, vooral ook omdat hij uitblijven van de zwangerschap toeschrijft aan stress. De weg naar de gynaecoloog wordt als zeer lang ervaren. In het land van herkomst kan men direct naar de gynaecoloog toestappen en wanneer men geld heeft kan men de behandeling veel meer sturen dan in Nederland. Dit is extra reden om tijdens vakanties in het land van herkomst artsen te raadplegen. Dit onderzoek laat opnieuw zien, zoals in voorgaand onderzoek, dat er een ‘culturele kloof’ bestaat tussen artsen en allochtone patiënten.

Aanbevelingen

- Een belangrijke aanbeveling voor huisartsen met Turkse en Marokkaanse patiënten is om openlijk met hen te bespreken na een jaar huwelijk of er sprake is van kinderwens of nog niet. Dit zal de weg naar het presenteren van problemen vrijmaken en een hoop onvrede aan de kant van de patiënt voorkomen. De geplande publicatie die uit dit onderzoek voort zal komen in vakbladen van huisartsen kan deze aanbeveling direct in praktijk brengen
- Het op grote schaal organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten over zwanger worden en bevallen gericht op Turkse en Marokkaanse vrouwen zal de kwaliteit van de gezondheidszorg aan deze groepen ten goede komen.
- Voorlichting in de eigen media over uitkomsten van dit onderzoek verdient aanbeveling.
- In dit onderzoek bleek dat Turkse en Marokkaanse patiënten met vruchtbaarheidsproblemen op grote schaal ‘shoppen’ in het buitenland. Omdat dit gevolgen kan hebben voor de behandeling is het belangrijk dit aspect nader te onderzoeken
- Dit ‘shoppen’ heeft mogelijk ook financiële consequenties voor ziektekosten verzekeringen. Ook uit kosteneffectiviteit overwegingen verdient het aanbeveling dit nader te onderzoeken.
- De eerste stap tot bespreking van eventuele problemen met kinderen krijgen kan de huisarts al bij de preconceptie advisering zetten. Dan maakt hij/zij duidelijk dat hij/zij bereid is het paar daarin ter zijde te staan. Er kan dan ook worden besproken wat de termijn zou moeten zijn waarna paren zich melden bij moeilijk zwanger worden.