



# ‘IK VOEL ME GOED, DUS DAAROM GA IK NIET’

## *Bevolkingsonderzoek en allochtone vrouwen*

*Turkse en Marokkaanse vrouwen doen veel minder mee aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker dan autochtone Nederlandse vrouwen. Hoewel borstkanker onder allochtone vrouwen momenteel minder voorkomt, wordt het risico hierop met elke generatie groter. Hoogste tijd voor Pharos om te onderzoeken waarom de opkomst lager is en op welke manieren die is te verhogen.*

EVA HARTMAN, MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH

**R**uim 80 procent van de Nederlandse vrouwen neemt deel aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Uit onderzoek blijkt dat die percentages onder Turkse en Marokkaanse vrouwen een stuk lager liggen. De kans op borstkanker is voor Turkse en Marokkaanse vrouwen op dit moment minder groot dan voor Nederlandse vrouwen. Waar een op de negen Nederlandse vrouwen borstkanker krijgt, is dit in Turkije een op de twintig en in Marokko een op de dertig. Mondiaal onderzoek laat echter zien dat de kans op borstkanker bij migrantenvrouwen met elke generatie groter wordt.

In Nederland worden alle vrouwen tussen de 50 en 75 jaar elke twee jaar uitgenodigd voor een röntgenfoto van de borsten (een mammografie). Deelname is gratis en vrijwillig en het onderzoek vindt plaats dichtbij huis, meestal in een onderzoeksbus. Het doel van het bevolkingsonderzoek is om de sterfte aan borstkanker te verlagen. Landelijk wordt dit doel behaald. Om de sterfte in de toekomst ook onder Turkse en Marokkaanse vrouwen te kunnen verlagen, besloot Pharos onderzoek te

doen naar de redenen waarom zij zo weinig deelnemen aan het bevolkingsonderzoek en te bezien welke mogelijkheden er zijn om de opkomst te verhogen. Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van diepte-interviews en focusgroepbijeenkomsten met Turkse en Marokkaanse vrouwen.

### **SCHAAMTE**

De meest genoemde reden om niet naar het bevolkingsonderzoek te gaan is schaamte. Veel vrouwen schamen zich ►

***Mondelinge voorlichting in eigen taal aan vrouwen en mannen kan de opkomst doen verhogen***

► ervoor om door een mannelijke arts aan de borsten onderzocht te worden. Zij weten niet dat het mogelijk is om te worden onderzocht door een vrouwelijke arts.

Onderzoeker: ‘Klopt het dat de meeste vrouwen er moeite mee hebben om zich uit te kleden?’

Vrouw: ‘Bij een vrouw niet, maar als er een man is gaan ze helemaal niet naar het onderzoek. Ze gaan terug naar huis, meteen, honderd procent.’

Onderzoeker: ‘Is dat een reden om niet te gaan, dat je bang bent dat er een man is?’

Vrouw: ‘Ha, ha, ha. Tuurlijk!’

De schaamte die vrouwen voelen over het laten onderzoeken door een mannelijke arts weerspiegelt zich in de houding van hun echtgenoten, die de vrouwen niet toestaan dat een mannelijke arts hen helpt.

‘Ik begrijp wel dat vrouwen niet gaan want de meeste Turkse mannen geven geen toestemming. Stel dat het een man is die het onderzoek doet...’

Omdat vrouwen de uitnodigingsbrief niet altijd zelf kunnen lezen, speelt ook schaamte van mantelzorgers een rol. Zo vinden zonen het gênant om met hun moeder over borsten te praten en lezen zij de brief over het bevolkingsonderzoek niet voor.

‘Zij kan de brief niet zelf lezen. Haar zoon kan het niet uitleggen aan zijn moeder en dan gaat de brief gewoon de prullenbak in. Dat komt door de schaamte. Over borsten of de baarmoeder kan een zoon niet met zijn moeder praten.’

### GEEN VERTROUWEN IN DE ZORG

Een ander vaak genoemde belemmering vormt een gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. In Neder-

## De kans op borstkanker bij migrantenvrouwen wordt met elke generatie groter

geven aan zich in Nederland niet gehoord te voelen omdat klachten naar hun idee te vaak worden afgedaan als cultuurpijn of heimwee. Ze voelen zich afgescheept met paracetamol of fysiotherapie.

‘Meestal verwachten Marokkaanse of Turkse vrouwen dat als ze naar de dokter gaan dat ze medicijnen krijgen. Maar soms krijg je niks. En dan zeggen ze: waarom ga ik naar de arts als ik toch geen medicijnen krijg? Ze zien de arts als iemand die medicijnen voorschrijft en ze verwachten dat je van die medicijnen beter wordt.’

### ANGST EN ONWETENDHEID

Opvallend is dat veel vrouwen die zich niet laten onderzoeken sociaal geïsoleerd en analfabeet zijn. Bovendien hebben ze moeite met het spreken van de Nederlandse taal. Daarom zijn ze volledig afhankelijk van man of kinderen. Soms komen ze zelfs nooit alleen buiten.

‘Er zijn heel veel vrouwen die bang zijn en niet zelf het huis uit durven. Dus als je een bijeenkomst houdt ergens waar ze met de bus of met de auto naartoe moeten reizen, dan komen veel vrouwen niet. Niet omdat ze niet willen, maar omdat ze iemand nodig hebben die hen kan halen en brengen.’

Het taboe om over een vreselijk onderwerp als borstkanker te praten en de angst voor roddelen binnen de gemeenschap zijn andere redenen om niet te gaan. Een ernstige ziekte als kanker ziet men als iets waar je niet over spreekt en zeker niet met buitenstaanders. Ook is men bang dat andere mensen denken dat je kanker hebt als je naar zo’n bijeenkomst gaat en dat

komt. Zo laten vrouwen zich niet onderzoeken omdat ze bang zijn dat ze inderdaad kanker hebben. Bovendien is preventieve zorg niet algemeen bekend onder Turkse en Marokkaanse vrouwen. Ook het begrip *screening* is onbekend. De vrouwen doen niet mee aan het onderzoek omdat ze simpelweg geen symptomen hebben. Ze begrijpen niet dat het doel van preventief onderzoek juist is om de ziekte te ontdekken voordat er zich symptomen voordoen.

‘Ik krijg die brief wel maar ik ga nooit. Ik voel niets, ik voel me goed, dus daarom ga ik niet.’

### KENNIS EN BEWUSTZIJN

Als beste manier om de opkomst te verhogen noemden de vrouwen: de kennis en het bewustzijn over borstkanker en het bevolkingsonderzoek te vergroten. Mondelinge voorlichting in de eigen taal met hulp van intermediairs, zoals voorlichters eigen taal en cultuur (vetc’ers), is daarbij het meest doeltreffend.

‘Misschien moeten we onze mannen een keer voorlichten. Dat zij het belangrijk vinden om de vrouw naar het onderzoek te sturen. Want bij ons is de man de baas. Als de brief komt, komt hij wel op de naam van de vrouw maar de man leest hem. En misschien vindt hij dan dat het niet belangrijk is voor zijn vrouw; ‘mijn vrouw is toch gezond’. En dan gaat dat niet door naar de vrouw.’

Belangrijk is dat de voorlichtingsbijeenkomsten laagdrempelig zijn, in de woonomgeving plaatsvinden en via lokale netwerken worden georganiseerd. Een goed voorbeeld hiervan zijn huiskamerprojecten waar bij de vrouwen thuis voorlichting wordt gegeven. Daarnaast kan de huisarts een rol spelen om vrouwen voor te lichten en te motiveren om deel te nemen. Ten slotte zou er ook tijdens inburgeringcursussen extra aandacht voor dit onderwerp moeten komen. ●

Eva Hartman studeert geneeskunde en verrichtte dit onderzoek in het kader van haar stage wetenschappelijk onderzoek. Maria van den Muijsenbergh is huisarts en senior onderzoeker bij Pharos. Het onderzoeksverslag en de bijbehorende wetenschappelijke literatuur zijn op te vragen bij de redactie.

## Veel vrouwen die zich niet laten onderzoeken zijn sociaal geïsoleerd en analfabeet

land is de zorg fundamenteel anders geregeld dan in Turkije of Marokko. Onvoldoende uitleg over de verschillen heeft er in de loop der jaren toe geleid dat grote aantallen migranten geen gebruik meer willen maken van de Nederlandse zorg. Men gaat liever naar een dokter in het herkomstland, tijdens de vakantie, dan naar de huisarts in Nederland.

Ook de respondenten in het onderzoek

die roddel zich gaat verspreiden. De sociale controle binnen de groep is groot.

‘Als je borstkanker hebt dan is dat iets heel ernstigs. Dat is iets dat niemand mag weten, alleen jij, je directe partner en kinderen.’

Naast sociaal-culturele factoren zijn er ook andere factoren debet aan de lage op-