

Bijlage 2. Factsheet Migranten en Kanker in de Huisartsenpraktijk

Epidemiologie

- Kanker incidentiecijfers voor migranten zijn moeilijk te verkrijgen omdat etniciteit in de meeste registers in Nederland niet wordt genoteerd.
- Niet-westerse migranten in Europa hebben minder vaak kanker dan andere Europeanen.
- De kans op het krijgen van kanker stijgt echter met het aantal jaren dat iemand in een westers land woont (convergentie hypothese). Dit betreft kankersoorten gerelateerd aan een westerse leefstijl (colorectaal-, pancreas-, long-, borst-, ovarium-, nier- en blaas carcinoom).
- Infectie-gerelateerde kankersoorten (cervix-, maag-, lever-, galblaas- en nasopharynxcarcinoom) komen bij niet-westerse bevolkingsgroepen juist vaker voor.
 - Het risico op (HPV-gerelateerd) cervixcarcinoom onder Surinaams-Nederlandse vrouwen is 1,8 keer zo groot als onder autochtone Nederlandse vrouwen.
 - Maagkanker gerelateerd aan HP-infectie komt vaker voor bij migranten in Nederland, met name bij Turken.
 - Migranten afkomstig uit China en Noord-Afrika hebben een verhoogd risico op kanker in de neuskeelholte, met name tumoren die gerelateerd zijn aan infectie met het Epstein-Barr Virus (EBV).
- Werking en toxiciteit van veel gebruikte kankermedicatie kunnen verschillend zijn voor verschillende etnische groepen. Farmacogenetisch onderzoek staat in de kinderschoenen maar toonde dit al wel aan voor o.a. tamoxifen, vincristine, 5-Fluorouracil ⁽¹⁾.
- Geringe gezondheidsvaardigheden (anderstaligheid, lage opleiding, lage SES) zijn een risicofactor voor ontstaan én overleving van kanker: zij kunnen leiden tot een ongezonde levensstijl, gebrek aan kennis over vroege symptomen, lage opkomst bij screeningsprogramma's en niet begrijpen van adviezen en instructies.
- Kankerpatiënten met een hoge SES overleven langer en beter dan patiënten met een lage SES. Zij krijgen vaker een ingrijpende behandeling gericht op genezing. Dit is aangetoond voor dikke darm-, prostaat-, slokdarm- en borstkanker.

Communicatie en wederzijds begrip

- Gebrek aan kennis onder migranten leidt tot allerlei misvattingen over kanker, zoals: kanker is besmettelijk, je roept het over je af door er over te praten, het leidt onherroepelijk tot de dood en een operatie leidt tot uitzaaiingen.
- Bij veel migranten in Nederland is kanker met taboes en stigma omhuld. Het kan leiden tot sociale uitsluiting.
- Taalvaardigheid en opleidingsniveau zijn vooral bij de oudere migranten een groot probleem bij de communicatie.
- Vanwege gebrekkige communicatie of gebrek aan vertrouwen in Nederlandse artsen besluit men nogal eens tot een second opinion in het land van herkomst, en in de eigen taal.
- Een professionele tolk, geen familielid, is soms onontbeerlijk in de communicatie over kanker tussen arts en patiënt, maar wordt lang niet altijd door de migrant zelf gewenst.
- De familie speelt bij de meeste mensen uit niet-westerse bevolkingsgroepen een zeer belangrijke rol. Men verwacht dat iedereen betrokken wordt bij de communicatie en de besluitvorming. Vaak is er een woordvoerder.
- Veel mensen van niet-Nederlandse afkomst hebben moeite met de Nederlandse gewoonte om open en eerlijk te praten over kanker en dood. Familieleden willen vaak niet dat de diagnose, en in elk geval niet een slechte prognose, aan de patiënt verteld wordt om hem of haar te beschermen. Het is meestal wel mogelijk om op voorzichtige wijze en met respect voor de wensen van de familie en de patiënt, relevante aspecten van de ziekte en behandeling te bespreken.
- Ook binnen veel migrantenfamilies is kanker vaak met zwijgzaamheid omhuld, men wil elkaar het leed besparen. Dit betekent niet dat er geen besef is van de ernst van de ziekte.

Palliatieve en terminale fase

- Bij de meeste migranten speelt religie een belangrijke rol: alleen God (Allah) beschikt over ziekte en het tijdstip van sterven. Blijven doorbehandelen, gericht op een zo lang mogelijk leven, is vaak hun wens. Dat kan leiden tot in de ogen van artsen onnodige ingrepen of ziekenhuisopnames.
- Een delier wordt vaak in verband gebracht met bovennatuurlijke krachten en kan daarom verzwegen worden voor de Nederlandse hulpverlener.
- Paracetamol wordt vaak gezien als synoniem voor 'niet serieus nemen'. Morfine wordt door een aantal migranten geassocieerd met sufheid.
- Het is voor moslims belangrijk om helder te zijn bij het overlijden, zodat gebeden nog kunnen worden opgezegd.
- Bij niet-westerse patiënten kan er een aversie bestaan tegen rectale toedieningsvormen van medicatie; er kan een voorkeur bestaan voor injecties boven orale toediening. Sommige capsules kunnen dierlijke ingrediënten bevatten die om religieuze redenen worden afgewezen (door bv. Hindoestanen).
- Antilliaanse patiënten kunnen vanwege een genetisch bepaald langzamer metabolisme sneller last hebben van extrapiramidale bijwerkingen bij antipsychotica zoals haloperidol ⁽²⁾.
- De zorg- en behandelvoorzieningen in Nederland, waaronder thuiszorg, zijn vaak onvoldoende bekend bij migrantengezinnen, zodat zij vaak lang zelf alle zorg op zich nemen. Het behoort ook vaak tot de plicht van (vrouwelijke) familieleden om de verzorging van zieke ouders op zich te nemen. Overbelasting van de mantelzorg is daarbij een groot risico.
- Rond overlijden en begrafenis bestaan rituelen die passen in ieders eigen cultuur en religie. Veel migranten willen het liefst begraven worden in hun eigen land. Dit is echter erg kostbaar, met name het vervoer na het overlijden. Veel migranten hebben zich daarvoor verzekerd. Sommige migranten willen liever overlijden in hun land van herkomst. Voor uitgebreide informatie over rituelen en rouwbeleving: www.huisarts-migrant.nl

Voorlichting en verwijzing

Er is voorlichtingsmateriaal in verschillende talen beschikbaar over bevolkingsonderzoeken, kanker in het algemeen en sommige kankersoorten in het bijzonder. Sommige ziekenhuizen en kankercentra hebben zorgconsulenten of geestelijke verzorgers in dienst met een migranten achtergrond. Een overzicht is te vinden op www.huisarts-migrant.nl (onder voorlichting > kanker).

Bronnen

- KWF Kankerbestrijding, 2006. Allochtonen en kanker. Sociaal-culturele en epidemiologische aspecten. <http://repository.kwfkankebestrijding.nl/PublishingImages/sck-allochtonen.pdf>
- Arnold M. Ethnic Heterogeneity of Cancer in Europe, lessons from registry-based studies in migrants (thesis). Erasmus University Rotterdam, 2012
- Mieke Aarts. Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990 (thesis) Erasmus University, 2012
- <http://www.huisarts-migrant.nl> (onder ziektebeelden: A2- kanker en palliatieve zorg)
- P. Mistiaen, A.L. Francke, F.M. de Graaff, M.E.T.C. van den Muijsenbergh. Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond Utrecht ©2011 NIVEL/IKNL/Pharos. Zie pdf op www.pallialine.nl
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> versie 4.12, 13 juni 2013

Specifieke referenties

- ⁽¹⁾ Sai K, Saito Y. Ethnic differences in the metabolism, toxicology and efficacy of three anticancer drugs Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2011 Aug;7(8):967-88. doi: 10.1517/17425255.2011.585969. Epub 2011 May 17
- ⁽²⁾ van Harten PN, Hoek HW, Matroos GE, van Os J. Incidence of tardive dyskinesia and tardive dystonia in African Caribbean patients on long-term antipsychotic treatment: the Curaçao extrapyramidal syndromes study V. J Clin Psychiatry. 2006;67(12):1920-7.