

Ervaringen van Nederlandse patiënten met gynaecologische onderzoeken

Dr. F.F. Molenaar, sociaal wetenschapper

D.M. Huijskes, MA student Design for Interaction, TU Delft

Lead

Dit onderzoek verkent de ervaringen van Nederlandse patiënten met gynaecologische onderzoeken. Eén op de 2,3 respondenten vindt het onderzoek (een beetje) pijnlijk/onprettig en één op de 5 (een beetje) traumatisch. Respondenten die seksueel geweld hebben ervaren of te maken hebben met vaginale pijnklachten of endometriose rapporteren significant slechtere ervaringen. Duidelijke communicatie, empathische bejegening, en patiëntregie over het onderzoek dragen bij aan een positieve ervaring.

Introductie

Hoewel alle vrouwen (en mensen met baarmoeders) geconfronteerd worden met gynaecologische onderzoeken, is er weinig onderzoek verricht naar hun ervaringen. Naast enkele kleine Scandinavische en Turkse studies uit de jaren 2000^{i,ii,iii} verscheen pas in 2022 de eerste grootschalige studie naar patiëntenervaringen in Israël.^{iv} Wij onderzochten de ervaring van Nederlandse patiënten via een vragenlijst over beleving en gewenste veranderingen.

Methode

We gebruikten de vragenlijst uit de Israëlische studie, vertaald naar het Nederlands en minimaal aangepast aan de lokale context. De vragenlijst – samengesteld door een gynaecoloog, klinisch psycholoog, genderonderzoeker en statisticus – bevatte 27 vragen, waaronder 5 open vragen. De vragenlijst (beschikbaar als addendum) werd in september 2022 verspreid via Facebook en LinkedIn (onder meer via patiëntengroepen). Data, inclusief onvolledig ingevulde lijsten, zijn geanalyseerd in Excel. Open antwoorden zijn kwalitatief gecodeerd door twee onderzoekers (FM en DH).

Respondenten

Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste respondentenkenmerken (n=1487). De leeftijdsrange bedraagt 20-76 jaar, met een piek tussen 28-51 jaar. Veertien procent woont in de vier grootste steden (ten opzichte van 16% van de gehele Nederlandse bevolking).

Daarnaast heeft 26,4% ooit seksueel geweld ervaren, behoort 6,9% tot de LGBTQ-gemeenschap, rapporteerde 8,9% de diagnose endometriose, 10,4% PCOS, 5,4%

vaginale pijn (vulvodynie/vulvair vestibulitis syndroom (VVS)/vaginisme), en zit 29,2% in een vruchtbaarheidstraject of heeft daarin gezeten.

Op de oververtegenwoordiging van vrouwen in vruchtbaarheidstrajecten na, komen deze percentages overeen met die van de gehele Nederlandse vrouwenbevolking.

Karakteristieken		N (%)
Totaal		1487
Leeftijd (in jaren)		
	Gemiddelde	40 ± 10,5
	Mediaan	38
	Range	19-76
Woonplaats		
	Randstad	236 (15,9%)
	Overig	1113 (74,8%)
	Weet niet/Geen Antwoord (WNGA)	138 (9,3%)
Persoonlijke situatie		
	Ooit seksueel geweld ervaren	392 (26,4%)
	Behoort tot LGBTQ gemeenschap	102 (6,9%)
	Endometriose	133 (8,9%)
	PCOS	155 (10,4%)
	Vaginale pijn (vulvodynie/vulvair vestibulitis syndroom (VVS)/vaginisme)	80 (5,4%)
	Zit in vruchtbaarheidstraject of heeft daar ooit in gezeten	434 (29,2%)
	Geen van deze situaties	570 (38,3%)

Tabel 1: Respondentkarakteristieken

Beleving van het gynaecologisch onderzoek

De respondenten (n=1487) beantwoordden een aantal vragen over hun beleving van het gynaecologisch onderzoek (zie tabel 2).

Van de Nederlandse respondenten ervoer 41,2% schaamte bij het onderzoek (waarvan 10,1% “erg beschamend”); 22,5% trauma (5,8% “erg traumatisch”); en 44,8% pijn/ongemak (10,3% “erg pijnlijk/onprettig”).

	Beschamend	Traumatisch	Pijnlijk/onprettig
Helemaal niet	274 (18,4%)	543 (36,5%)	141 (9,5%)
Niet	298 (20,0%)	326 (21,9%)	298 (20,0%)
Neutraal	228 (15,3%)	188 (12,6%)	285 (19,2%)
Een beetje	462 (31,1%)	249 (16,7%)	513 (34,5%)
Erg	150 (10,1%)	86 (5,8%)	153 (10,3%)
WN/GA	75 (5,0%)	95 (6,4%)	97 (6,5%)

Tabel 2: Antwoord op de vraag: “In hoeverre beschouw jij het gynaecologische onderzoek als ...”

Respondentkarakteristieken van invloed op de beleving

Middels 3 multivariabele lineaire regressies (n = 1284) onderzochten we de invloed van de volgende respondentkarakteristieken op de onderzoeksbeleving: 1) leeftijd, 2) ervaring met seksueel geweld, 3) behoren tot de LGBTQ gemeenschap, 4) endometriose, 5) vaginale pijn, 6) polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS), en 7) in een vruchtbaarheidstraject zitten of gezeten hebben (zie tabel 3).

Uitkomst (N = 1284)		Beschamend	Traumatisch	Pijnlijk/ onprettig
	Interpretatie van β Coëfficiënt	β Coëfficiënt (95% CI, Wald Test p value)		
Constant		2,48 (2,15 – 2,8, <0,001)	1,4 (1,09-1,72, <0,001)	2,76 (2,48-3,05, <0,001)
Seksueel geweld	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,42 (0,25-0,58, <0,001)	0,66 (0,5-0,82, <0,01)	0,29 (0,15-0,44, <0,001)
LBQTTQ	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,4 (-0,69- -0,11, 0,006)	-0,04 (-0,32- 0,23, 0,75)	0,18 (-0,08-0,43, 0,17)
Endo- metriose	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,04 (-0,29,-0,2, 0,73)	0,37 (0,13-0,6, 0,002)	0,49 (0,28-0,71, <0,001)
Vaginale pijn	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,43 (0,12-0,74, 0,007)	0,84 (0,54-1,15, <0,001)	0,73 (0,45-1, <0,001)
PCOS	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,04 (-0,2-0,28, 0,759)	-0,05 (-0,28- 0,19, 0,698)	-0,19 (-0,4-0,03, 0,086)
Vruchtbaar- heidstraject	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,28 (-0,45- 0,11, 0,001)	-0,06 (-0,22-0,1, 0,438)	-0,23 (-0,38- -0,08, 0,002)
Leeftijd	Per jaar toename	0,01 (0-0,02, 0,004)	0,02 (0,01-0,02, <0,001)	0,01 (0-0,01, 0,016)
R ² 'Beschamend' = 0,06 (<0,001) R ² 'Traumatisch' = 0,12 (<0,001) R ² 'Pijnlijk/onprettig' = 0,09 (<0,001). Voor alle drie de modellen voldeden de residuen aan de aannames van normaliteit en homoscedasticiteit				

Tabel 3: Multivariabele lineaire regressietabellen

Ons eerste model verklaart 5,6% (R² = 0.056, p<0.01) van de ervaren schaamte. Seksueel geweld (β = 0.404, p < 0.01) en vaginale pijn (β = 0.427, p < 0.01) zijn geassocieerd met een hogere mate van schaamte. LGBTQ-identiteit (β = -0.406, p < 0.05) en vruchtbaarheidstraject (β = -0.297, p < 0.01) zijn geassocieerd met een lagere mate van schaamte.

Qua trauma verklaart ons tweede model 11,5% van de variantie ($R^2 = 0.115$, $p < 0.01$). De sterkste voorspeller voor significant hogere trauma-scores is seksueel geweld ($\beta = 0.653$, $p < 0.01$). Daarnaast zijn endometriose ($\beta = 0.360$, $p < 0.01$) en vaginale pijn ($\beta = 0.842$, $p < 0.01$) geassocieerd met een verhoogd trauma-niveau.

Het laatste regressiemodel verklaart 8,1% van de variantie ($R^2 = 0.081$, $p < 0.01$) in ervaren pijn. De resultaten tonen dat seksueel geweld ($\beta = 0.283$, $p < 0.01$), endometriose ($\beta = 0.484$, $p < 0.01$) en vaginale pijn ($\beta = 0.724$, $p < 0.01$) geassocieerd zijn met hogere pijnscores. Daarentegen is vruchtbaarheidstraject geassocieerd met lagere pijnscores ($\beta = -0.246$, $p < 0.01$).

PCOS is in geen enkel model een significante voorspeller terwijl een hogere leeftijd in alle modellen een significante, maar uiterst minimale positieve invloed had op de ervaring.

Factoren bij positieve en negatieve ervaringen

Middels analyse van de gecodeerde open antwoorden over “eerste” en “overige” ervaringen met gynaecologische onderzoeken onderzochten we overige invloeden op de patiëntenervaring.

Positieve ervaringen

Factoren die bijdroegen aan een “positieve éérste ervaring” met gynaecologisch onderzoek ($n=282$) waren duidelijke communicatie (24,7%), empathische bejegening (22,7%), patiëntgerichte zorg (de ruimte voor de patiënt om vragen te stellen, angsten te kunnen bespreken en voorkeuren aan te kunnen geven) (14,8%) en een kwalitatief goede behandeling (11,7%).

Bij “overige positieve ervaringen” die de respondenten wilden delen ($n=293$) steeg empathische bejegening (23%) naar de eerste plek als meeste genoemde factor bij een goede ervaring – gevolgd door patiëntgerichte zorg (18,2%), een kwalitatief goede behandeling (12,7%) en duidelijke communicatie (11,8%).

Een arts die vooraf aangaf dat ik de regie had. Altijd mag stoppen. Of aan mocht geven als ik het anders wilde. De vraag wat zij kon doen om mij te helpen. Heel helpend [969]

Negatieve ervaringen

Factoren die bijdroegen aan een “negatieve éérste ervaring” ($n=426$) waren een kwalitatief slechte behandeling (27,4%), niet-empathische bejegening (25,6%), pijn (12,4%), geen inspraak hebben (10,9%), slechte patiëntvoorbereiding (8,4%), routineuze en onverschillige zorg (7,8%), en grensoverschrijdend gedrag (4,7%). Ook bij “overige negatieve ervaringen” die gedeeld werden ($n=376$) kwamen deze factoren in dezelfde volgorde naar voren – met uitzondering van slechte patiëntvoorbereiding dat slechts door 1.9% van de respondenten benoemd werd.

Bij de assistente van de huisarts vind ik het erg onprettig, het gordijn blijft open als ik me omkleed. Ik kan me niet bedekken en krijg na de tijd niks om schoon te vegen of evt bloed mee op te vangen. Er wordt daar erg laconiek mee omgegaan en ik vind het echt beschamend.. [1212]

Ongepaste opmerkingen

Nog eens 9,8% van de 1435 respondenten gaf aan ongepaste vragen of opmerkingen te hebben ontvangen tijdens het onderzoek. Respondenten noemden commentaar op het lichaam en het seksleven, het bagatelliseren van pijn alsmede een aantal opmerkingen die als seksueel intimiderend gekwalificeerd moeten worden.

Mogelijkheden voor verbetering

De respondenten werd gevraagd hoe vaak ze ervoeren dat het gynaecologisch onderzoek aan bepaalde voorwaarden voldeed en hoe belangrijk het voor hen is dat aan deze voorwaarden voldaan wordt (zie Tabel 4).

Hoe gebruikelijk was het dat ... aanwezig was en hoe belangrijk is het voor je dat dit gebeurt?	(Erg) gebruikelijk	(Erg) belangrijk
Ruimte om vragen te stellen	71%	97%
Een duidelijke plek om kleding neer te leggen	67%	78%
Duidelijke uitleg vooraf, en voor elke stap in de procedure	54%	97%
Een waarschuwing dat iets pijnlijk kan worden	53%	96%
De mogelijkheid om zelf een comfortabele houding te zoeken (indien mogelijk zonder stijgbeugels)	N/A – vraag niet gesteld	72%
Een verpleegster, vriend(in) of familielid die je bijstaat	41%	67%
Een gordijn rond bed/tafel/stoel	31%	65%
Een stuk papier of (hand) doek om je mee te bedekken	9%	58%
De mogelijkheid om zelf het instrumentarium in te brengen	1%	24%

Tabel 4: Praktijk vs. gewenste situatie

De respondenten ervaren in de praktijk vaak ruimte om vragen te stellen en dat er een plek is om kleding neer te leggen. Duidelijke uitleg en een pijnwaarschuwing worden minder vaak gegeven dan respondenten willen. Relatief eenvoudige handelingen om de patiënt meer regie en privacy te geven, zoals je even kunnen bedekken of zelf het instrumentarium in te brengen, ervaren respondenten in de praktijk nauwelijks.

Ook gaven de respondenten (n=745) aan behoefte te hebben aan meer persoonlijke en attentere interactie met de zorgverlener (34,6%), meer patiëntgerichte zorg tijdens de behandeling (30,6%), meer ruimte voor de beleving van de patiënt (en meer regie krijgen)(27%), betere communicatie (15,6%), toestemming vragen voor aanraking en het laten meekijken van anderen (10,1%), meer privacy (8,3%) meer aandacht voor pijn (5,4%), en om een vrouwelijke arts te mogen vragen (3,2%).

Discussie

Dit onderzoek is het grootste ons bekende onderzoek naar de ervaringen van Nederlandse patiënten met gynaecologische onderzoeken. Doordat meer dan de helft van de respondenten ook via de open vragen hun positieve en negatieve ervaringen met inwendige onderzoeken deelden, bevat de dataset gedetailleerde informatie over hoe vrouwen in Nederland het gynaecologisch onderzoek (zouden willen) ervaren.

Communicatie en contact met de patiënt zijn essentieel voor het creëren van een positieve ervaring – juist omdat er een verscheidenheid aan voorkeuren bestaat over de inrichting van de procedure zelf (zie Tabel 4). In plaats van toewerken naar een blauwdruk voor patiëntencontact zou het voorgesprek naast het geven van informatie ook kunnen dienen om te informeren bij de patiënt naar diens voorkeuren en mogelijke traumatische ervaringen.

Daarnaast onderschrijven onze bevindingen het belang om patiënten meer regie over hun behandeling te geven, zoals ook al geconcludeerd in de literatuur over ‘trauma-informed care’.^{vi} Dit kan door expliciet om toestemming te vragen voor aanraking of handelingen, de mogelijkheid te bieden om zelf het instrumentarium in te brengen of te experimenteren met verschillende houdingen (indien mogelijk zonder beensteunen). Verkennend onderzoek naar dit soort aanpassingen laat zien dat het de patiëntenervaring verbetert zonder de procedure te verlengen.^{vi,vii}

Dit is zeker in het belang bij slachtoffers van seksueel misbruik en/of patiënten die last hebben van endometriose of vaginale pijn, omdat deze groepen significant negatievere ervaringen rapporteren.

Een paar kanttekeningen zijn op zijn plaats. In de surveyvragen werd geen specifiek type onderzoek gespecificeerd. In de open antwoorden werd duidelijk dat respondenten ervaringen deelden over verschillende eerstelijns en tweedelijns onderzoeken zoals het maken van een uitstrijkje, het plaatsen van een spiraaltje, het ondergaan van een

lisexcisie en het toucheren bij een bevalling. Bovendien is ook niet te herleiden door welk type zorgverlener het onderzoek werd verricht. Vervolgonderzoek is nodig om te achterhalen in hoeverre de ervaringen per procedure verschillen en of de beleving ook mede afhankelijk is van het type zorgverlener.

Door de wijze van sampling - zelfselectie via social media - is het daarnaast mogelijk dat juist patiënten met een negatieve ervaringen besloten de survey in te vullen.

Vervolgonderzoek is nodig om de geldigheid van onze bevindingen te staven. Onze onderzoekszopzet (inclusief wijze van sampling) en bevindingen komen grotendeels overeen met die van Tancman et al. (2021). Het feit dat beide onderzoekspopulaties tot vergelijkbare resultaten leiden benadrukt wel de betrouwbaarheid van beide studies.

Het grootste verschil met de Israëlische studie, waar 47,1% van de respondenten schaamte ervoer (21,4% “erg beschamend”); 18,6% trauma (5,3% “erg traumatisch”); en 35,6% pijn/ongemak (8,7% “erg pijnlijk/onprettig”), is dat Nederlandse patiënten meer pijn rapporteren (44,8%, inclusief 10,3% “erg pijnlijk/onprettig”). Nader onderzoek is nodig naar de vraag of dit inderdaad een significant verschil is en naar de factoren die daar aan een dergelijk verschil ten grondslag liggen – of dat dit terug te leiden is naar een respondentenbias.

Referenties

-
- ⁱ Hilden, M., et al., *Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003. 82(11): 1030-1036.
- ⁱⁱ Wijma, B., M. Gullberg, and B. Kjessler, *Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women*, Acta Obstet Gynecol Scand, 1998. 77(4): 422-428.
- ⁱⁱⁱ Yanikkerem, E., et al., *Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination*, Midwifery, 2009. 25(5): 500-508.
- ^{iv} Tancman, S., et al., *Silent voices that must be heard – women's perceptions of gynecological examinations*, J. Psychosom Obstet Gynaecol., 2022. 43(2): 190-197.
- ^v Reeves, E., *A synthesis of the literature on trauma-informed care*, Issues in Mental Health Nursing, 2015. 36(9): 698-709.
- ^{vi} Wright, D., et al., *Speculum 'self-insertion': a pilot study*, Journal of Clinical Nursing, 2005. 14(9): 1098-1111.
- ^{vii} Seehausen, D., et al., *Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial*, BMJ, 2006. 333: 171.

Samenvatting

Deze studie onderzoekt de ervaringen van Nederlandse vrouwen met gynaecologische onderzoeken. Via een vragenlijst (n=1487) werden beleving, beïnvloedende factoren en verbeterpunten geanalyseerd. De resultaten tonen aan dat 41% schaamte ervaart en 44% het onderzoek als pijnlijk beschouwt. Seksueel geweld, endometriose en vaginale pijn correleren met negatievere ervaringen. Positieve factoren zijn empathische zorg, duidelijke communicatie en patiëntregie. Negatieve ervaringen komen voort uit gebrek aan inspraak, routineuze zorg en slechte communicatie. Trauma-geïnformeerde zorg, zoals toestemming vragen en alternatieve houdingen aanbieden, kan de ervaring verbeteren. De resultaten bevestigen eerdere bevindingen van Tancman et al. (2021), maar verdere studie is nodig om verschillen tussen specifieke procedures en zorgverleners te onderzoeken. De studie pleit voor een patiëntgerichte benadering met meer ruimte voor individuele voorkeuren.

Trefwoorden

patiëntgerichte zorg, trauma-geïnformeerde zorg, communicatie

Summary

This study examines the experiences of Dutch women with gynecological examinations. A survey (n=1487) was used to analyze perceptions, influencing factors, and areas for improvement. Results show that 41% experience shame, and 44% find the procedure painful. Negative experiences are correlated with a history of sexual violence, endometriosis, and vaginal pain. Positive experiences are linked to empathetic care, clear communication, and patient autonomy. Negative factors include lack of patient input, routine-based care, and poor communication. Trauma-informed care, such as requesting consent and offering alternative positions, may improve the experience. The findings align with those of Tancman et al. (2021), but further research is needed to examine differences between procedures and healthcare providers. The study advocates for a patient-centered approach that accommodates individual preferences.

Key words

Patient-centered care, trauma-informed care, communication

Contact

Dr. F.F. Molenaar – ffmolenaar@gmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.