Gynaecologisch geweld vanuit een patiëntenperspectief: verkenning van negatieve ervaringen bij het gynaecologisch klinisch onderzoek

Dr. Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) en auteur(s) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Deze masterproef is het sluitstuk van mijn opleiding tot huisarts. Deze mijlpaal vieren betekent ook de mensen vieren die mij tot hier hebben gebracht.

Het zaadje voor deze masterproef werd in het laatste jaar geneeskunde geplant, toen ik als stagiair getuige was van gynaecologisch geweld. Die ervaring vertaalde zich in een met passie onderbouwd reflectieverslag, dat ik mocht verdedigen bij Dr. Diego Schrans. Op het woelige pad naar het beroep van huisarts, waarbij ik mijn vlammetje soms zag doven, waren de mensen die het vuur in mij bleven aanwakkeren van onschatbare waarde. In de eerste plaats wil ik daarom Diego bedanken, om mij er steeds aan te herinneren dat het volgen van dat vuur altijd de juiste keuze is.

Ook Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck ben ik veel dank verschuldigd. In al haar bevlogenheid toonde ze me reeds in het auditorium dat er verschillende manieren bestaan om huisarts te zijn. Dat ons beroep een middel kan zijn om verontwaardiging om te zetten in verandering. Dat passie een natuurkracht is. Stéphanie, Diego: bedankt voor de steun bij dit werk, en bovenal bedankt om mij te zien.

Ik heb het grote geluk nog zulke mensen ontmoet te hebben tijdens mijn parcours tot huisarts. Dankjewel aan mijn collega's en patiënten van WGC Daenshuis en WGC Malpertuus. Een bijzondere vermelding gaat uit naar de wonderbaarlijke onthaalcollega's in beide centra, en naar Günther, Erika, Toon, Laure-Ann, Muriel, Laura en Toke. Jullie enthousiasme, inzichten en liefde hebben mij gevormd tot een huisarts waarop ik trots kan zijn.

Deze mijlpaal was nooit mogelijk geweest zonder de warmte en onvoorwaardelijke steun van mijn thuisfront. Merci Tourya, je te vois. Dankjewel aan mijn beste viervoetige vriend Rapha, om mij te doen vertragen wanneer het nodig is. Dankjewel aan mijn schoonfamilie, om onvoorwaardelijk mee te leven. Dankjewel aan mijn lieve vrienden, om mijn gekozen familie in Gent te zijn. Een bijzondere dankjewel aan Gilles en Ben voor hun hulp bij dit werk.

Dankjewel aan mijn Mama. Ik zie nu, jaren later, dat je zoekende was naar je plaats in dit complexe zorglandschap, net als ik. Ik had dit onderzoek graag uitvoerig met jou aan de keukentafel besproken, maar ik vind troost in het besef dat je een grote pleitbezorger was van patiëntenemancipatie en het verkennen van nieuwe paden.

Dankjewel aan mijn Papa. Om me liefdevol en vol vertrouwen te steunen in mijn groei tot huisarts. Om me te tonen dat er op introspectie geen leeftijd, gender, status of kleur staat.

Dankjewel aan de man van mijn leven: Sam. Ik zou niet zijn wie ik ben en doen wat ik doe zonder jou. Al negen jaar koester ik de zachtheid waarmee we elkaar ondersteunen, en vier ik de manier waarop we elkaar inspireren. Merci om feminisme als vanzelfsprekend te beschouwen, en om tijdens dit traject tot huisarts de sterke man achter de sterke vrouw te zijn.

Dankjewel aan de vrouwen van mijn leven: Florien, Joyce en Dorien – om mij tot hier te gidsen en aan te moedigen bij elke stap die ik zet, of die nu voorwaarts, achterwaarts of zijwaarts is.

Dankjewel aan de grensverleggende vrouwen die voor mij dit pad hebben geëffend. Ik hoop hiermee een steentje bij te dragen aan de weg die nog voor ons ligt.

Tot slot wil ik uitdrukkelijk de vrouwen bedanken die dit onderzoek gemaakt hebben. Bedankt om mij te overdonderen met jullie enthousiasme en ontwapenende eerlijkheid. Jullie enorme respons is een krachtig signaal, dat ik met dit onderzoek hoop te versterken.

Mijn grootste dank gaat finaal uit naar de deelnemers van deze studie. Het was een voorrecht naar jullie te mogen luisteren. Jullie vertrouwden mij jullie tijd en verhaal toe, steeds met een inspirerende schoonheid en een krachtige tederheid.

Dankjewel. Hiermee vier ik jullie.

Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden
Augustus 2024

Inhoudstafel

Abstract 1

Inleiding 3

1. Aanleiding 3
2. Definitie 3
3. Maatschappelijk kader 4
4. Prevalentie 5
5. Verschillende vormen van gynaecologisch geweld 6
6. Effecten 6
7. Bijstand in België 6
8. Onderzoeksvraag 7

Methode 8

1. Onderzoeksdesign 8
2. Literatuuronderzoek 8
3. Kwalitatief onderzoek 8
   - 3.1. Studiepopulatie en rekruteringscriteria 8
   - 3.2. Rekruteringsproces 9
   - 3.3. Selectieproces 9
   - 3.4. Semi-gestructureerd diepte-interview 10
   - 3.5. Dataverzameling en -verwerking 11
   - 3.6. Data-analyse 11

Resultaten 12

1. Rekruteringsrespons 12
2. Sociodemografische gegevens m.b.t. de participanten 13
3. Demografische gegevens m.b.t. de negatieve ervaring 14
4. Algemene percepties omtrent een gynaecologisch onderzoek 15
   - 4.1. Algemene perceptie van een routine gynaecologisch onderzoek 15
   - 4.2. Perceptie van het concept ‘toestemming’ 16
5. Context van de negatieve ervaring 17
   - 5.1. Zorgverlener 17
   - 5.2. Ruimte waarin het onderzoek plaatsvond 19
   - 5.3. Tempo van het onderzoek 20
6. Beschrijving van de negatieve ervaring 20
   - 6.1. Beschrijving 20
   - 6.2. Communicatie van de zorgverlener 22
7. Beleving van de negatieve ervaring 23
   - 7.1. Beleving door de zorgvrager 23
   - 7.2. Een ongelijkwaardige verhouding tussen arts en patiënt 28
   - 7.3. Afhankelijkheid van de zorgvrager 29
   - 7.4. Grenzen overschrijden 29
   - 7.5. Het aangeven van grenzen 30
8. Delen van de negatieve ervaring 31
   - 8.1. Met personen in de eigen context 31
   - 8.2. Met zorgverleners 31

9. Effecten van de negatieve ervaring 32
9.1. Op persoonlijk niveau 32
9.2. Op niveau van de zorgverlening 33
10. Aanbevelingen vanuit een patiëntenperspectief 35
10.1. M.b.t. de zorgcontext 35
10.2. Voor zorgverleners 37
10.3. Voor zorgvragers 40

Discussie 42

1. Negatieve ervaringen in het licht van gynaecologisch geweld 42
2. Emotionele en fysieke beleving van het gynaecologisch onderzoek 42
3. Context van ongelijkwaardigheid en afhankelijkheid 43
4. Effecten van gynaecologisch geweld 44
5. Belang van communicatie en een geïnformeerde toestemming 44
6. Factoren in de zorgsetting 46
7. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 47
8. Nood aan een uniforme definitie en een breed gedragen terminologie 48
9. Aanbevelingen voor verder onderzoek 49

Conclusie 51

Referenties 52

Bijlagen I

Bijlage 1: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek UZ Gent I
Bijlage 2: Rekruteringsflyer IV
Bijlage 3: Informatiebrief voor de deelnemers V
Bijlage 4: 'Informed Consent' Formulier IX
Bijlage 5: 'Interview Guide' X
Bijlage 6: Overzicht codes XIII

Abstract

Inleiding

Gynaecologisch geweld is een fenomeen van alle tijden, dat pas recent een naam kreeg. Een officiële definitie ontbreekt echter, wat onderzoek en beleid bemoeilijkt. Gynaecologisch geweld omvat de toe-eigening van het lichaam en het voortplantingsproces van zorgvragers door zorgverleners. Deze toe-eigening uit zich op verschillende manieren - waaronder verbaal, fysiek en psychologisch - en gaat heel breed: van misplaatste opmerkingen tot het uitvoeren van medische handelingen zonder toestemming van de patiënt. Het leidt tot een verlies van autonomie en het zelfbeschikkingsrecht over het lichaam en de seksualiteit, met een negatieve impact op de levenskwaliteit tot gevolg. De term is zwaarbeladen en botst op veel weerstand bij zorgverleners gezien het kwaadwillige intentie impliceert. Gynaecologisch geweld bevindt zich echter niet enkel op het niveau van de interactie tussen een zorgvrager en een zorgverlener; het komt vaak tot uiting door een complex geheel van structurele problemen op niveau van het gezondheidszorgsysteem.
Er is een gebrek aan onderzoek, zeker in de Europese setting. In 2021 verzocht de Belgische Senaat het opstellen van een informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld, welke finaal gepubliceerd werd in februari 2024. Hierin worden aanbevelingen gedaan, waaronder een oproep tot het in kaart brengen van gynaecologisch geweld in België d.m.v. kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Doel

Deze explorerende studie heeft als doel het beschrijven van ervaringen van gynaecologisch geweld in België, specifiek m.b.t. het gynaecologisch klinisch onderzoek, en dit vanuit een patiëntenperspectief. Hierbij wordt beoogd enkele factoren die hiertoe bijdragen te identificeren: zowel op niveau van de patiënt, de zorgverlener als de ruimere zorgcontext. Vanuit deze bevindingen wil men een richtinggevende basis leggen voor kwantitatief en kwalitatief vervolgonderzoek, met als uiteindelijk doel inzicht krijgen in hoe gynaecologische zorg in België te verbeteren.

Methode

Het onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek, gevolgd door een kwalitatief onderzoek waarbij semi-gestructureerde interviews werden afgenomen bij acht personen met een negatieve ervaring bij een gynaecologisch klinisch onderzoek in België, die zij ervoeren in hun volwassen leven en na 2010. De verwerking van de interviews gebeurde op basis van de QUAGOL, met gebruik van het softwareprogramma Nvivo. De resultaten van de kwalitatieve studie worden tot slot getoetst aan de reeds bestaande literatuur.

Resultaten

De participanten ervaren een routine gynaecologisch onderzoek als oncomfortabel. Diverse negatieve ervaringen werden gedocumenteerd: ongepaste en vernederende opmerkingen, veroordeling door de zorgverlener, een gebrek aan communicatie, een onderzoek zonder (geïnformeerde) toestemming, het overschrijden van de fysieke grenzen, een gebrek aan respectvolle zorg, het niet serieus nemen van klachten of pijn, een gebrek aan privacy en het onthouden van aangepaste zorg. Participanten meldden hierbij een reeks aan emoties, waaronder schaamte, angst en een gevoel van vernedering, wat vaak resulteerde in een fight-flight-freeze respons. Er was sprake van een ongelijkwaardige verhouding in de zorgrelatie, waarbij participanten

zich als patiënt ondergeschikt en afhankelijk voelden, wat het moeilijk maakte om grenzen aan te geven. De ervaring had voor elk van de participanten negatieve gevolgen: op persoonlijk niveau en/of op niveau van de zorgverlening, zoals het uitstellen en vermijden van gynaecologische zorg. De communicatie tijdens de onderzoeken was vaak onvoldoende. De participanten benadrukten allen het belang van een geïnformeerde toestemming en duidelijke, respectvolle en persoonsgerichte communicatie.

Conclusie

De participanten in deze studie beschreven negatieve ervaringen bij een gynaecologisch onderzoek in België die benoemd kunnen worden als verschillende vormen van gynaecologisch geweld, wanneer men ze toetst aan de huidige, niet-gevalideerde definities van gynaecologisch geweld uit internationale rapporten. De emotionele en fysieke beleving is uiteenlopend, en wordt versterkt door een machtsdynamiek in de zorgrelatie. De impact van gynaecologisch geweld is steeds negatief en kan verregaand zijn. Geïnformeerde toestemming, persoonsgerichte communicatie en voldoende tijd zijn cruciaal bij een gynaecologisch onderzoek. Een gevalideerde definitie van gynaecologisch geweld en een positievere, breed gedragen terminologie zoals ‘gynaecologische veiligheid’ zijn cruciaal om vervolgonderzoek en dialoog mogelijk te maken.

Inleiding

1. Aanleiding

Dit onderwerp werd door de onderzoeker aangebracht na getuige te zijn van gynaecologisch geweld als stagiair in een abortuscentrum in het laatste jaar van de opleiding geneeskunde. Het niet-pluisgevoel na de consultatie bleef nazinderen, en bij reflectie over de situatie ging de onderzoeker initieel uit van patiëntgerelateerde factoren zoals negatieve seksuele ervaringen in het verleden, een eerste gynaecologisch onderzoek, een cultureel-medische barrière, een taalbarrière, … De onderzoeker is hier niet alleen in. Een studie toont aan dat bij moeilijk gynaecologisch te onderzoeken patiënten, de overgrote meerderheid van de artsen veronderstellen dat dit komt door een voorgaande negatieve ervaring of uitgesproken stress voor het onderzoek (1). Gelijktijdig met dit incident kwam de term 'gynaecologisch geweld' (cfr. infra: '2. Definitie') in 2021 in de Vlaamse media, n.a.v. enkele senatoren die de Senaat verzochten een informatieverslag op te stellen over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld in België (2). De onderzoeker werd getriggerd om zo ook factoren te identificeren vanuit de zorgverlening die hadden bijgedragen tot het incident.

Elke vrouw raadpleegt in de loop van haar leven een zorgverlener voor een gynaecologisch consult, maar het merendeel van de vrouwen én zorgverleners is zich niet bewust van het risico op gynaecologisch geweld dat dit met zich mee kan brengen. Waar men zich niet bewust van is, kan men zich niet voor behoeden.

Het maken van deze masterproef is voor de onderzoeker een volgende stap om iets constructiefs te laten voortkomen uit dit incident: een pleidooi voor meer gendersensitieve zorg, en bovenal een uitnodiging tot reflectie.

2. Definitie

'Gynaecologisch geweld' is een overkoepelende term waarin veel omstandigheden gecategoriseerd kunnen worden, en waarvan veel verschillende interpretaties bestaan. Dit maakt het moeilijk een officiële definitie te formuleren. De term komt over uit Zuid-Amerika, waar het in het Venezolaans wettelijk kader in 2007 wordt omschreven als:

> *"De toe-eigening van het lichaam en het voortplantingsproces van zorgvragers door zorgverleners. Deze toe-eigening uit zich op verschillende manieren - verbaal, fysiek, psychologisch, …- en kan heel breed gaan van misplaatste opmerkingen tot het uitvoeren van medische handelingen zonder toestemming van de patiënt. Het leidt tot een verlies van autonomie en het zelfbeschikkingsrecht over het lichaam en de seksualiteit, met een negatieve impact op de levenskwaliteit tot gevolg"* (3,4)

In Frankrijk heeft de Hoge Raad voor Gelijkheid tussen Vrouwen en Mannen (HCE) het in 2018 gedefinieerd als:

> *"Seksistische daden tijdens gynaecologische en obstetrische opvolging. Het zijn handelingen, opmerkingen, praktijken en gedragingen uitgevoerd of nagelaten door één of meer leden van het verzorgend personeel bij een patiënte tijdens gynaecologische en obstetrische opvolging. Ze maken deel uit van de geschiedenis van gynaecologische en obstetrische geneeskunde, die doorkruist is met de wens om het lichaam van vrouwen (seksualiteit en het vermogen om te baren) te controleren. Ze*

zijn het werk van zorgverleners - van alle specialiteiten - mannen en vrouwen, die niet noodzakelijk de intentie hebben om misbruik te plegen. Ze kunnen zeer uiteenlopende vormen aannemen, van de meest ogenschijnlijk onschuldige tot de ernstigste." (5)

Obstetrisch geweld is een subcategorie van gynaecologisch geweld, specifiek met betrekking op perinatale zorg. Door de WHO wordt dit – zonder de term expliciet te gebruiken - omschreven als elke vorm van misbruik, disrespect en mishandeling tijdens de bevalling door zorgverleners die resulteert in schending van de waardigheid van vrouwen. Dit kan expliciet fysiek misbruik omvatten, maar ook vernedering door verbaal geweld, gebrek aan vertrouwelijkheid en nalatigheid die leidt tot onnodige pijn en vermijdbare complicaties (6).

De term 'geweld' is zwaarbeladen, gezien het een kwaadwillige intentie insinueert. Het grootste deel van de Belgische zorgverleners herkent zich hier dan ook niet in gezien het ingaat tegen hun deontologische principes (7). Men botst bij hen (8,9) evenals bij een groot deel van de Europese zorgverleners (10) dan ook op veel weerstand om het thema bespreekbaar te maken.

Zoals hierboven beschreven is een intentie zeker niet altijd aanwezig en bevindt gynaecologisch geweld zich dan ook niet enkel op het niveau van de interactie tussen een zorgvrager en een zorgverlener, maar komt het vaak tot uiting door een complex geheel van structurele problemen op niveau van het gezondheidszorgsysteem. Dit omvat onder andere personeelstekorten, een hoge werkdruk, gebrekkige zorginfrastructuur, gestandaardiseerde praktijken i.k.v. schaalvergroting, verouderde praktijken, een gebrek aan kennis over patiëntenrechten, een hiërarchische zwijgcultuur, … (7,10,11) Daarnaast is gynaecologisch geweld ook te beschouwen als een vorm van genderdiscriminatie in een van origine patriarchaal zorgmodel dat voortkomt uit een eeuwenlange traditie van institutionele, maatschappelijke en medische controle over het vrouwenlichaam (10).

3. Maatschappelijk kader

Reeds in 1995 nam de VN in het Beijing Platform voor Actie het gynaecologisch zelfbeschikkingsrecht voor het eerst op in de Rechten voor vrouwen, gedefinieerd als hun recht op "seksuele en reproductieve gezondheid, vrij van dwang, discriminatie en geweld"(12).
Het maatschappelijk debat is verder gevoerd in Zuid-Amerika in het begin van de 21ste eeuw. Daar is een legaal kader ontwikkeld voor obstetrisch geweld als een vorm van gendergerelateerd geweld, meer bepaald in Venezuela, Argentinië, Mexico, Uruguay, Chili en Brazilië (13).

In Europa komen er sinds 2014 regelmatig bewegingen op sociale media over gynaecologisch en obstetrisch geweld onder hashtags als #payetonutérus (5) en #genoeggezwegen in 2016 en 2020 (11).

In 2019 publiceerde de VN een rapport over een op mensenrechten gebaseerde aanpak bij geweld tegen vrouwen i.k.v. reproductieve hulpverlening met een focus op obstetrisch geweld (14). Enkele maanden later maakte de Raad van Europa een rapport op over obstetrisch en gynaecologisch geweld en riep hierbij de lidstaten o.a. op om hier verder onderzoek naar te doen, te informeren, sensibiliseren en een beleid te ontwikkelen (15).

In België reageerde de Senaat hierop in 2021 met de oproep tot het opstellen van een informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld (2). Dit informatieverslag werd door de onderzoeker opgevolgd in contact met één van de betrokken senatoren Mevr. Celia Groothedde-Ledoux en de betreffende commissiesecretaris. De Senaat voerde onderzoek en hield een groot aantal hoorzittingen met experts uit het veld, waarna een verslag preliminair gepubliceerd werd in mei 2023, met finale publicatie in februari 2024. Hierbij deed de Senaat 93 aanbevelingen, waaronder:

"3. Officiële cijfers over het probleem van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België verzamelen en analyseren op een onafhankelijke en volledige manier om, onder meer, obstetrisch geweld in België in kaart te brengen, zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van onderzoek om te komen tot een inventaris van soorten en frequentie van obstetrisch geweld en te evalueren welke acties en veranderingen in de geboortebegeleiding nodig zijn.

4. Het verzamelen van gegevens en onderzoek in verband met de identificatie, de indeling en de definitie van de verschillende vormen van gynaecologisch en obstetrisch geweld aanmoedigen, met name door overheidsinstanties, de academische wereld, met inbegrip van de humane wetenschappen, de gezondheidssector en het maatschappelijk middenveld." (7,11)

In april 2024 voerde FEMM, de Commissie over Vrouwenrechten en Gendergelijkheid van het Europees Parlement, een overkoepelende studie over obstetrisch en gynaecologisch geweld in de 27 EU Lidstaten (10). Zij stellen vast dat hoewel bewustmakingscampagnes in de verschillende lidstaten het probleem steeds meer op de agenda zetten, het gebrek aan een uniforme definitie problematisch is, gezien het gegevensverzameling en beleidsimplementatie bemoeilijkt (10). Er is geen enkele EU-lidstaat met een legaal kader voor gynaecologisch of obstetrisch geweld, en zij stellen dat 'het ontbreken van juridische erkenning van deze vorm van geweld het gebrek aan maatschappelijke bewustwording weerspiegelt van wat obstetrisch en gynaecologisch geweld inhoudt' (10).

4. Prevalentie

Er zijn beperkte data verzameld, echter gebruiken deze zelden de term 'gynaecologisch geweld' en hebben de studies diverse beperkingen. De focus ligt eerder op de algemene ervaringen van vrouwen in het gezondheidszorgsysteem, vooral op de obstetrische context, zonder het vaststellen van gynaecologisch geweld. Wanneer men wél de termen obstetrisch of gynaecologisch geweld gebruikt, botst men op het gebrek aan een universele gevalideerde definitie wat vergelijkend onderzoek moeilijk maakt (10).

Het beperkte aantal kwantitatieve studies in Europa omvatten alle cijfermateriaal over obstetrisch geweld, niet over gynaecologisch geweld (10). Bovendien zijn quasi geen studies voldoende representatief. In België rapporteert één studie over obstetrische zorg in tijden van COVID-19, waarbij 6% verbaal geweld ervoer, 3% fysiek geweld ervoer en in 49% van de medische procedures er geen toestemming was (16).
De Senaat concludeert dat het op heden niet geweten is hoe vaak gynaecologisch geweld voorkomt in België (11). Mensen uit kwetsbare doelgroepen zouden vaker slachtoffer zijn van gynaecologisch geweld, doch is dit nog niet ondersteund met kwantitatief onderzoek (11).

5. Verschillende vormen van gynaecologisch geweld

Gynaecologisch geweld omvat in de gesuggereerde definities zoals hierboven beschreven een waaier aan gebeurtenissen. Geweld jegens vrouwen in zorginstellingen werd eerder door d'Oliveira et al. in *The Lancet* thuisgebracht in vier categorieën: verbaal geweld, fysiek geweld, seksueel geweld en nalatigheid (17). Een kwalitatieve studie naar gynaecologisch geweld i.k.v. het anticonceptieconsult in Frankrijk vult de lijst met vormen van gynaecologisch geweld verder aan (18).

Een niet-exhaustief overzicht van gynaecologisch geweld - de specifieke perinatale context van obstetrisch geweld buiten beschouwing gelaten - omvat:
- Verbaal geweld (10): vernedering, roepen, schelden (17), infantilisering, het ontkennen van lijden, veroordeling, culpabiliseren (18), …
- Fysiek geweld: het pijnlijk vaginaal onderzoek, agressief fysiek contact (10), geen rekening houden met pijn (11), …
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag (10) in al zijn vormen.
- Nalatigheid: het onthouden of nalaten van gynaecologische zorg, het weigeren van pijnstilling bij gynaecologische interventies, het weerhouden van informatie (met als mogelijk gevolg o.a. een gebrek aan een geïnformeerde toestemming) of het verhinderen van contact met de zorgverlener (10), …

Daarnaast zijn er ook bijkomende belangrijke vormen, zoals: een gebrek aan respect en waardigheid jegens de zorgvrager, medische onderzoeken zonder expliciete toestemming, een gebrek aan privacy (10), discriminatie (o.v.v. genderidentiteit, gewicht, seksuele voorkeur, sociale afkomst of migratie achtergrond, …) (18).

6. Effecten

Gynaecologisch geweld kan een grote impact hebben op de psychische en fysische gezondheid van vrouwen die er slachtoffer van zijn (10), doch zijn deze onvoldoende onderzocht (11). Over misbruik in gezondheidszorg in het algemeen worden als gevolgen o.a. symptomen van posttraumatische stress, slaapproblemen en slechte zelfzorg gemeld (19).

Daarnaast kan het ook een grote impact hebben op zorgverleners die het gynaecologisch geweld 'plegen' of er getuige van zijn, zoals secundaire traumatische stress en 'compassion fatigue' (20) die beschreven werden in een obstetrische context.

7. Bijstand in België

Een meldpunt om gynaecologisch en obstetrisch geweld aan te kaarten, of om hulp te zoeken, ontbreekt op heden in ons land (11). Patiënten kunnen zich melden bij de ombudsdienst van het betrokken ziekenhuis (11). Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, moet de bemiddelaar blijk geven van strikte neutraliteit en onpartijdigheid (21). Indien de zorgverlener buiten een ziekenhuis werkt, kan de patiënt zich melden bij de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" om bemiddeling te bekomen (11). Het recht van een patiënt om klacht neer te leggen bij een ombudsdienst i.k.v. de uitoefening van zijn/haar rechten is opgenomen in de patiëntenrechtenwet (22). Er kan tevens een klacht bij de Orde der Artsen ingediend worden, waarbij

tijdens de hoorzittingen van de Senaat weliswaar een kanttekening wordt gemaakt bij de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de uitspraken (11,23).

Er is op heden geen eigen rechtskader rond gynaecologisch en obstetrisch geweld in België (7). Het is impliciet opgenomen in de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, waarin o.a. staat dat naast het recht op informatie over zijn/haar/hun gezondheidstoestand, dat de ontvangen zorg van hoge kwaliteit en zonder enige discriminatie moet zijn, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zelfbeschikking (22). In het licht van gynaecologisch geweld is ook Art. 7 §1 van de Wet Patiëntenrechten uitermate belangrijk:

> *"De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden."* (22)

8. Onderzoeksvraag

De informatie uit het verkennende literatuuronderzoek leidt tot de conclusie dat er op heden een hogere nood is aan studies met een focus op gynaecologisch geweld, eerder dan een focus op de obstetrische setting. Omdat deze studie kadert binnen een onderzoek voor de master-na-master huisartsgeneeskunde, selecteerde de onderzoeker een onderwerp dat zowel in de eerste als de tweede lijn frequent aan bod komt: het gynaecologisch klinisch onderzoek. Hieronder begrijpt men zowel het uitwendig als inwendig onderzoek van de vrouwelijke geslachtsorganen: inspectie, vaginaal toucher, speculumonderzoek en transvaginale echografie. Bovendien is er reeds beperkt onderzoek gevoerd naar de beleving van het gynaecologisch onderzoek, weliswaar buiten de setting van gynaecologisch geweld, waaraan de bevindingen getoetst kunnen worden.

Deze studie is een eerste, explorerende studie waarvan het doel is het beschrijven van patiëntenervaringen van gynaecologisch geweld specifiek m.b.t. het gynaecologisch klinisch onderzoek in België. Hierbij wordt beoogd enkele factoren die hiertoe bijdragen te identificeren: zowel op niveau van de patiënt, de zorgverlener als de ruimere zorgcontext. Vanuit deze bevindingen wil de onderzoeker een richtinggevende basis leggen voor kwantitatief en kwalitatief vervolgonderzoek, met als uiteindelijk doel inzicht krijgen in hoe gynaecologische zorg in België beter en veiliger kan.

Hiermee wil het onderzoek een concreet gevolg te geven aan aanbeveling 3 en 4 zoals hierboven beschreven in de oproep van de Belgische Senaat.

Methode

1. Onderzoeksdesign

Eerst werd een oriënterend literatuuronderzoek gevoerd rond het thema 'gynaecologisch geweld'. Hierbij werd vastgesteld dat de Belgische Senaat ten tijde van dit onderzoek werkte aan een onderzoeksrapport rond dit thema (2). Hiertoe werd contact opgenomen met de betrokken senatoren en hun medewerkers om, nog voor het rapport gefinaliseerd was, te verkennen wat de potentiële aanbevelingen naar het academisch veld zouden zijn. Zo werd een onderzoeksvraag geformuleerd, in de hoop nauwer aan te sluiten op zowel de wetenschappelijke als maatschappelijke noden.
Vervolgens werd een kwalitatief onderzoek gevoerd a.d.h.v. semigestructureerde interviews. Het studieprotocol werd voorgelegd aan de Commissie Medische Ethiek van U(Z) Gent, dat het goedkeurde met referentienummer THE-2023-0071 (cfr. Bijlage 1).
Gezien deze masterproef over een periode van drie jaar verwezenlijkt werd en het thema heden erg actueel is, werd dit literatuuronderzoek in de laatste fase van dit werk herhaald en samengevoegd om de meest recente informatie te kunnen includeren in de situering en discussie van dit onderzoek.

2. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek gebeurde trapsgewijs. Initieel werden de databanken PubMed, Google Scholar, CINAHL, Web Of Science en Embase geraadpleegd. Vervolgens werd de ICHO-databank gescreend naar eerdere masterproeven, evenals richtlijnen en artikels van Domus Medica, NHG, Minerva en Huisarts Nu. Andere grijze literatuur werd geraadpleegd via Google en GoPress. Tot slot werd er gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode bij relevante artikels.
Hierbij werd gebruikt gemaakt van trefwoorden als 'gynecological violence', 'gynaecologisch geweld', 'obstetric violence', 'obstetrisch geweld', 'gynecological exam', 'gynaecologisch onderzoek', 'pelvic exam', 'negative experience', 'negatieve ervaring'.

Studies buiten Europa werden niet weerhouden voor inclusie gezien de grote verschillen (o.a. cultureel, op vlak van gezondheidszorg, medische handelingen, …) een extrapolatie naar de Europese setting verhinderen. Taal was geen exclusiecriterium, een ander alfabet wel. Gezien de schaarste aan onderzoek werd er geen exclusie o.b.v. tijd gesteld.
Het gros van de literatuur betreft specifiek obstetrisch geweld, welke niet geïncludeerd werden voor deze studie. Deze werden echter wel gescreend bij het opstellen van de interview guide, gezien ze begrippen aanlevert die buiten de obstetrische setting ook een kader kunnen verzorgen.

3. Kwalitatief onderzoek

3.1. Studiepopulatie en rekruteringscriteria

De deelnemers zijn allen wilsbekwame personen van minstens 18 jaar oud met een vrouwelijk biologisch geslacht. Zij hebben een negatieve ervaring gehad bij een gynaecologisch klinisch onderzoek in België, dit tijdens hun volwassen leven en na 2010. Deze tijdsmarkering werd gekozen om zo goed mogelijk de huidige situatie in België te beschrijven a.d.h.v. semirecente ervaringen.
Het gynaecologisch onderzoek kan zowel in de eerste als tweede lijn plaatsgevonden hebben. Er werd onderzoek gevoerd naar het gynaecologisch klinisch onderzoek, waardoor interventies

(plaatsing van spiraal, chirurgische ingrepen, …) of interventionele onderzoeken (colposcopie, vruchtwaterpunctie, …) werden geëxcludeerd. Alles m.b.t. zorg rond obstetrische zorg werd daarom eveneens niet opgenomen in deze studie. De negatieve ervaring kan zowel op fysiek, verbaal, psycho-affectief of een andere vlak geweest zijn. Er is gekozen om de term gynaecologisch geweld niet te gebruiken in het rekruteringsproces gezien de grote beladenheid en de mogelijkse bias die deze kan hebben richting meer extreme negatieve ervaringen. Er werd geopteerd deze term enkel in de academische context van deze masterproef te gebruiken.
Personen die van opleiding arts of vroedkundige zijn werden uitgesloten. Dit omdat de beleving van een gynaecologisch onderzoek als patiënt potentieel beïnvloed kan zijn door hun expertise in hun rol als professional. Er werden geen eigen studenten, personeel of gevangenen geïnterviewd.
Deelnemers dienden voldoende beheersing van het Nederlands, Frans of Engels te hebben om het diepte-interview veilig en goed te laten verlopen. Personen waarbij een interview over de ervaring bij voorbaat ingeschat werd als onveilig door zichzelf of de onderzoeker, werden geëxcludeerd om (her)traumatisering te voorkomen en de veiligheid van de deelnemer te garanderen.

3.2. Rekruteringsproces

Deelnemers werden gerekruteerd door bekendmaking van het onderzoek via diverse sociale media. Hiertoe werden diverse middenveldorganisaties en kanalen met een groot vrouwelijk bereik aangesproken. Er werd een flyer gebruikt waarop het onderwerp, doel en inhoud van het onderzoek vermeld staan, evenals de belangrijkste in- en exclusiecriteria (Cfr. Bijlage 2). Er werd een Instagrampagina opgericht (‘@hetgynaecologischonderzoek’), waarop de flyer omgevormd werd tot Instagrampost. Zowel de flyer als de Instagramposts werden verspreid in zowel het Nederlands, Frans als Engels.

Geïnteresseerde personen werden verzocht contact op te nemen met de hoofdonderzoeker, via het e-mailadres of sociale media-account specifiek voor dit onderzoek. Indien personen gerekruteerd werden via middenveldorganisaties of kennissen en zij barrières ondervonden om zelf initiatief te nemen, werd er mits toestemming van de persoon in kwestie, ook contact opgenomen door de onderzoeker met hen.
Bij interesse voor het onderzoek werd door de hoofdonderzoeker telefonisch contact opgenomen. Hierbij werd het onderzoek verder toegelicht, werden vragen beantwoord en gebeurde er een eerste screening o.b.v. de rekruteringscriteria evenals enkele sociodemografische gegevens en een peiling naar de huidige gezondheidstoestand. Hierbij werd benadrukt dat het een verkennend gesprek betrof, geen deelname aan de studie. Alle informatie werd dan ook strikt confidentieel behandeld.

De rekruteringsoproep werd zeven dagen na lancering afgesloten omwille van een zeer talrijke respons. Bijkomende respondenten zouden omwille van praktische redenen niet verwerkt kunnen worden in het selectieproces van deze studie. Dit omdat deze kadert binnen een éénpersoons master-na-masterproef met een tijdsbeperkende factor.

3.3. Selectieproces

De rekruteringscriteria beschreven in 3.1 werden opgenomen in het studieprotocol en respondenten werden in een eerste fase hierop gescreend.

Gezien er een talrijke reactie was op de rekruteringsoproep, werd er door de onderzoeker geopteerd om in een tweede fase enkele bijkomende situaties te beschrijven ter exclusie.

Personen met een psychische comorbiditeit op moment van de negatieve ervaring of op moment van de rekrutering werden niet opgenomen in deze studie, wanneer de comorbiditeit voldoet aan DSM-V criteria en begeleid werd door een psychiater. Dit omdat een negatieve ervaring mogelijks mee beïnvloed zou kunnen zijn door de psychische comorbiditeit op dat moment. In hetzelfde elan werden personen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik, personen met een chronische pijnpathologie en personen met een zeer complex gynaecologisch dossier (gynaecologische multimorbiditeit) niet opgenomen in de studie. Alle bovengenoemde factoren zorgen voor een potentiële complexiteit die ontzettend relevant is voor onderzoek, maar die de scope van deze eerste explorerende studie te buiten gaat.

Na deze selectieprocedure ging men over tot *purposive sampling*. De respondenten werden in een derde fase gecategoriseerd op basis van de gynaecologische klacht of traject die leidde tot de zorgvraag, en dus het gynaecologisch onderzoek. We identificeerden bij deze groep respondenten: een gynaecologische klacht, een preventief onderzoek, een fertiliteitstraject, abortuszorg, endometriose en vulvodynie. Omdat deze studie een eerste exploratie is van het onderwerp, werd er geopteerd om zoveel mogelijk diversiteit te includeren. Daarom werd er uit elke categorie minstens één deelnemer gerekruteerd.
Wanneer er meer dan één respondent in een categorie weerhouden werd, werd er in de eerste plaats gekozen voor extra diversiteit. Er werd enerzijds geselecteerd voor diversiteit op vlak van gynaecologische setting: negatieve ervaringen in de eerste lijn (bij de huisarts of vroedkundige) én in de tweede lijn (bij de gynaecoloog), personen bij wie de ervaring tijdens een eerste gynaecologisch onderzoek was versus personen die reeds meerdere gynaecologische contacten hadden, ervaringen bij nullipara versus primi-/multipara. Anderzijds kon in deze groep respondenten ook diversiteit o.v.v. algemene persoonskenmerken weerhouden worden waarop werd geselecteerd, met als belangrijkste gegeven leeftijd. Er werd geopteerd voor een spreiding in leeftijd. Daarnaast kwamen ook obesitas, een fysieke beperking en een niet-heteroseksuele voorkeur aan bod als diversiteitskenmerken die de negatieve ervaring mee beïnvloed hadden en waarop werd geselecteerd.
Tot slot werd er waar nodig gedaan aan *convenience sampling*. Dit omdat er praktische beperkingen zijn aan deze studie, zoals hierboven beschreven. Hierdoor konden niet alle respondenten die in aanmerking kwamen voor de studie, ook geïncludeerd worden.

Er werd contact opgenomen met de geselecteerde respondenten om een moment en plaats voor het diepte-interview af te spreken. Respondenten die niet geselecteerd werden voor het onderzoek, werden hierover ingelicht. Zij werden bedankt voor hun bereidheid, en er werd gepeild naar de nood aan verwijzing naar professionele begeleiding bij deze negatieve ervaring. Er werd aan iedereen de mogelijkheid geboden om op de hoogte gehouden te worden over de resultaten van het onderzoek.

3.4. Semi-gestructureerd diepte-interview

Het interview kon worden afgenomen worden in het Nederlands, Frans of Engels – in de taal die voor de deelnemer het meest comfortabel is. Er was helaas geen budget voor professionele tolken.

Voorafgaand aan het interview werd het onderzoek en het verloop van het interview in heldere taal toegelicht. De informatiebrief (Cfr. Bijlage 3) en het Informed Consent Formulier (Cfr. Bijlage 4) werden mondeling en schriftelijk doorlopen en ondertekend. Er werd toestemming gevraagd om een

audio-opname te maken van het interview. Voor het semi-gestructureerd interview werd een interview guide gebruikt (Cfr. Bijlage 5). Deze is niet gevalideerd en werd door de onderzoeker zelf ontwikkeld op basis van de beschikbare literatuur. Deze werd ook goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van U(Z)Gent. De interview guide werd waar nodig aangepast naargelang de interviews vorderden en nieuwe, interessante elementen aan bod kwamen.

De onderzoeker is zich er erg bewust van dat dit onderzoek gevoelige materie betreft, en dat het onderzoek met de nodige gevoeligheid diende gevoerd te worden. De deelnemer bevond zich in een kwetsbare positie, en er is een risico op (her)traumatisering en psychologisch onwel zijn. Om het onderzoek zo veilig mogelijk te voeren had de onderzoeker zich voorbereid door kennis op te doen vanuit de psychologie m.b.t. het traumasensitief afnemen van een interview. Daarnaast is de onderzoeker die de interviews voerde vrouwelijk, wat voor sommige deelnemers een groter gevoel van veiligheid kon betekenen. Er werd aandacht geschonken aan de psychologie van de ruimte. Er werden steeds duidelijke afspraken gemaakt voorafgaand aan het interview dat de deelnemer te allen tijde het interview kan pauzeren, stopzetten, kan weigeren te antwoorden of zelf de regie in handen kan nemen tijdens het interview. De onderzoeker beoogde altijd een open, empathische en geduldige houding te hanteren. Zowel tijdens, meteen na, als één week na het onderzoek bevroeg de onderzoeker het welbevinden van de deelnemer. De onderzoeker verwees de deelnemer zo nodig naar de mogelijke professionele hulp waarop beroep gedaan kan worden.

3.5. Dataverzameling en -verwerking

De verzamelde data werden gepseudonimiseerd als ‘Participant 1’, ‘Participant 2’, … om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen.
Vervolgens werden de audio-opnames getranscribeerd. Hierbij werden aarzelingen, non-verbale bevestigingen van de onderzoeker (‘Uhu’), en stopwoorden als ‘Euh’ vervangen door ‘[…]’ om de leesbaarheid van de tekst te vergroten, maar tegelijkertijd de integriteit van het gesprek te bewaren. Informatie die verwees naar de identiteit van de deelnemer of haar context (namen, zorgverleners, werkplaats, ...), werden vervangen door een algemene beschrijving (bv. [naam kind], [naam bedrijf], …) om de anonimiteit van de deelnemer te garanderen.

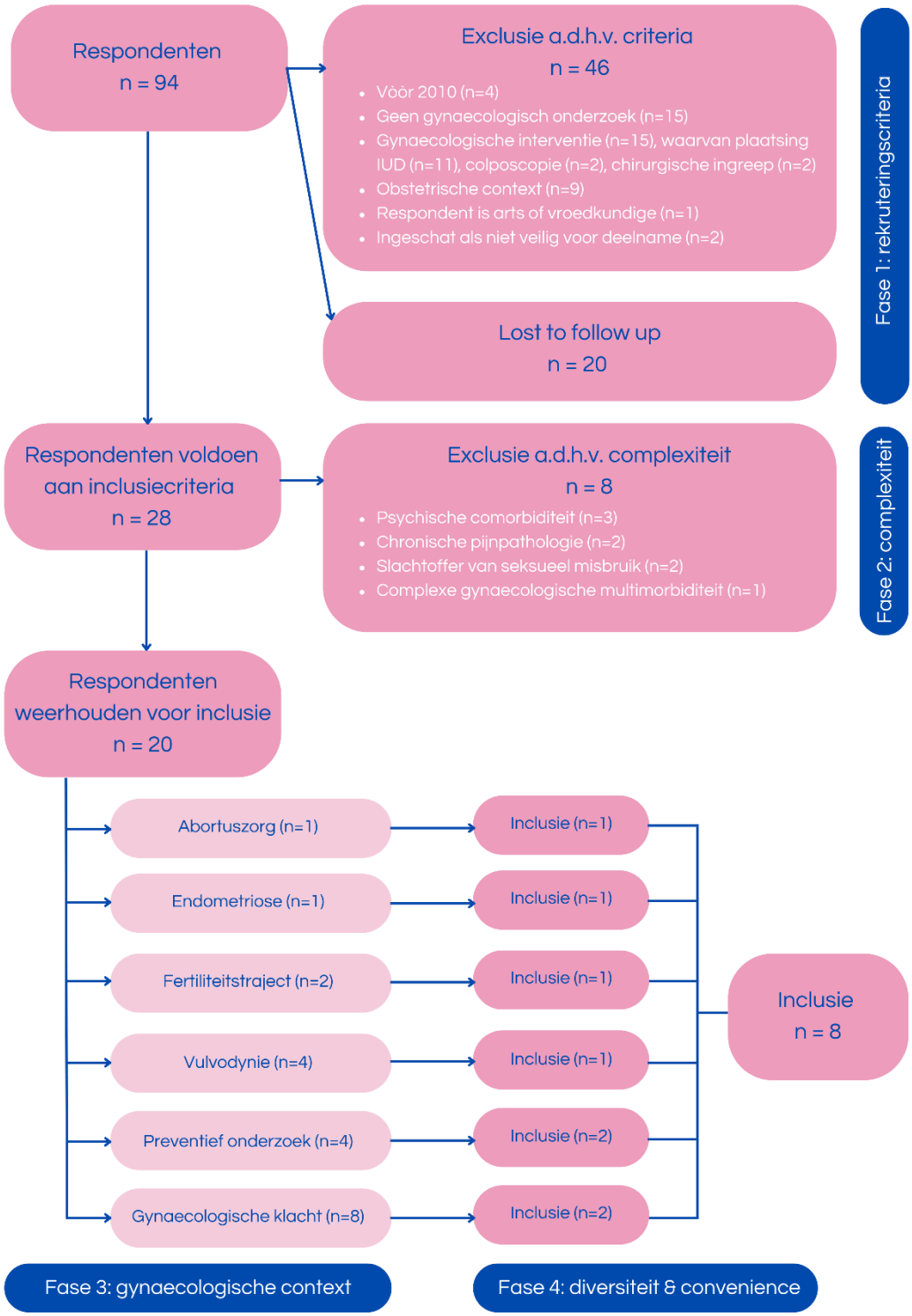
3.6. Data-analyse

De data werden verwerkt volgens de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven) (24) en gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Nvivo. De codes werden opgesteld en overlegd met de promotoren (Cfr. Bijlage 6). Op basis hiervan werden de resultaten beschreven. In de gesprekken zijn zaken die niet relevant bleken voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, gecodeerd onder ‘Overige bedenkingen’ voor potentieel toekomstig onderzoek maar werden deze niet verwerkt voor de resultaten van deze studie.

Resultaten

1. *Rekruteringsrespons*

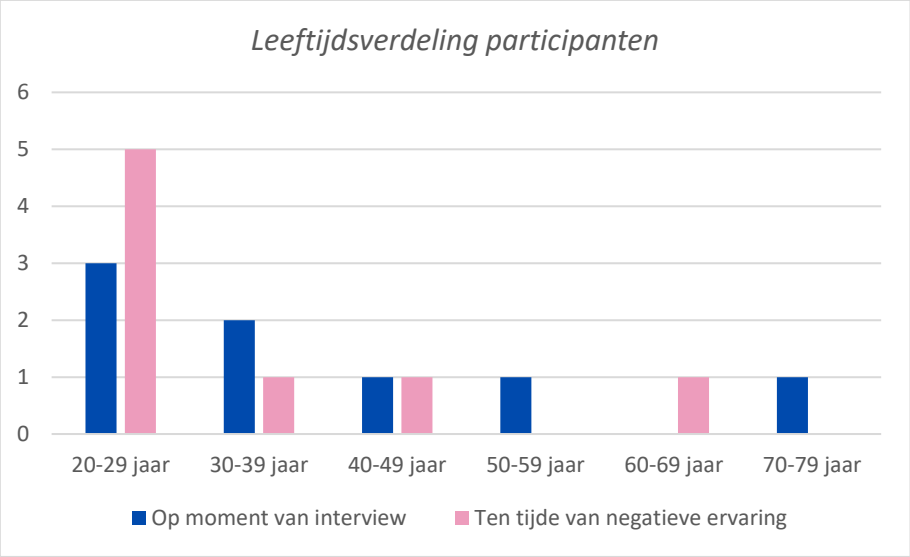
De rekrutering en selectie van participanten voor deze studie werd uitgevoerd zoals hierboven beschreven in 3.



Figuur 1. Flowchart van de rekruteringsrespons en het selectieproces.

Op zeven dagen tijd meldden 94 respondenten zich aan via de oproep. Hiervan voldeden 28 respondenten aan de inclusiecriteria. 46 respondenten werden niet weerhouden voor deze studie a.d.h.v. exclusiecriteria, en 20 respondenten waren lost to follow-up waardoor er geen telefonisch contact kon plaatsvinden.
Van de 28 respondenten die in aanmerking kwamen voor de studie, werden er in een tweede fase 8 respondenten geëxcludeerd o.b.v. de complexiteit van hun medisch-psychologisch traject.
Er werden 20 respondenten weerhouden die in een derde fase werden gecategoriseerd o.b.v. de gynaecologische klacht of traject die leidde tot het gynaecologisch onderzoek. Er werd uit elke categorie minstens één participant geselecteerd. Wanneer nodig werd er in een vierde fase gekozen voor diversiteit o.b.v. gynaecologische context en algemene persoonskenmerken. Er werden uiteindelijk 8 participanten geselecteerd. Zie Figuur 1.

2. Sociodemografische gegevens m.b.t. de participanten



Grafiek 1. Verdeling van participanten o.b.v. leeftijd

De acht participanten waren gevarieerd in leeftijd. Op moment van het interview was de jongste participant 23 jaar, de oudste 73 jaar. De gemiddelde leeftijd van de participanten bedroeg 37.8 jaar, de mediaan was 32 jaar.
Ten tijde van de negatieve ervaring was de jongste participant 20 jaar, de oudste 63 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 31.1 jaar, de mediaan was 27.1 jaar. We stellen vast dat een groot deel van de participanten (n=5) de negatieve ervaring meemaakte als twintiger. Zie Grafiek 1.

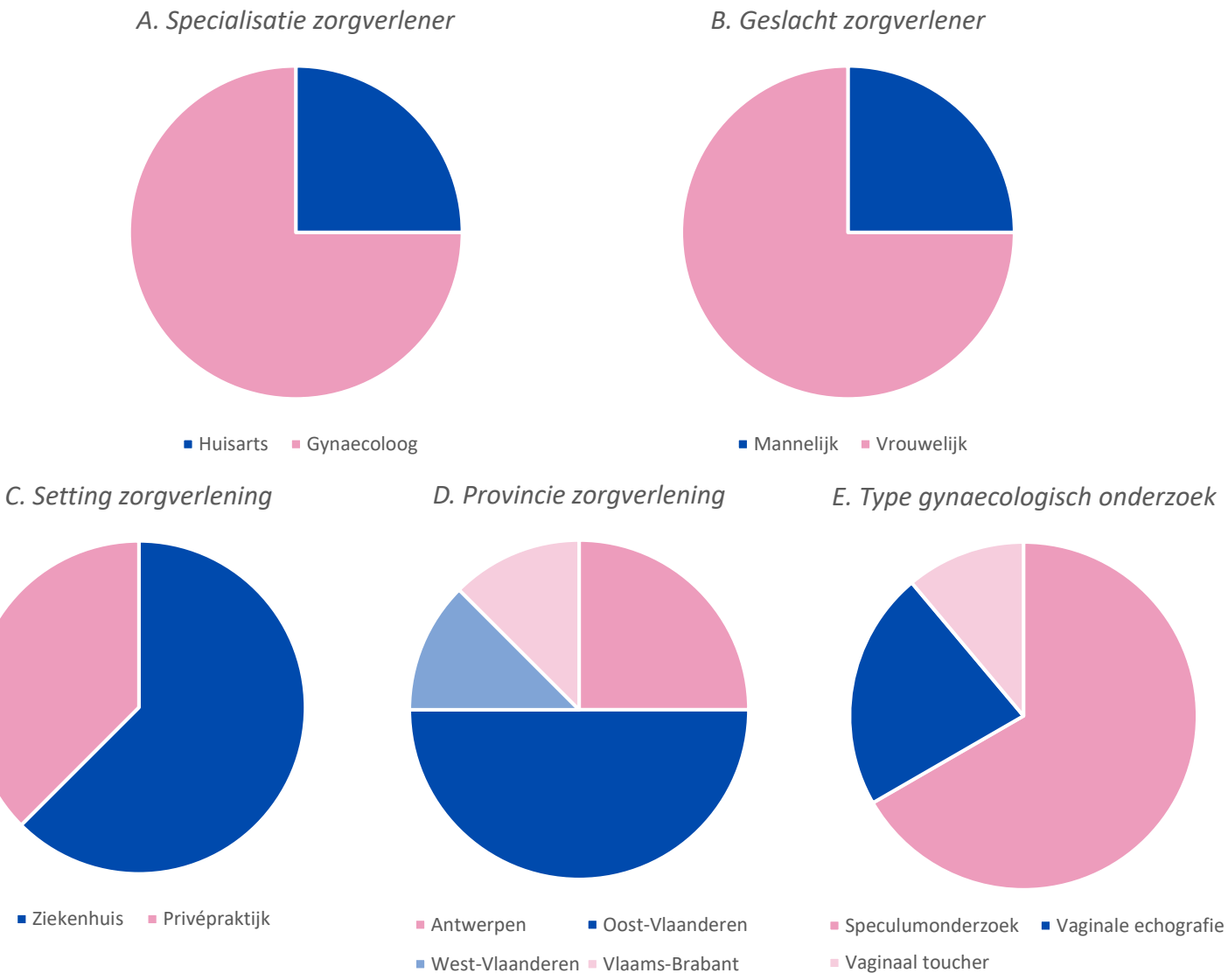
In onderstaande tabel staat bijkomende socio-demografische informatie m.b.t. de participanten weergegeven.

Opleidingsniveau	**Aantal participanten**
Middelbaar onderwijs	1
Hoger onderwijs	7
Migratieachtergrond	
Ja	0
Neen	8

Religie		
Ja	1	
Neen	7	
Genderidentiteit		
Vrouwelijk	8	
Anders	0	
Relevante gezondheidskenmerken m.b.t. de negatieve ervaring		
Overgewicht	1	
Fysieke beperking	1	
Vulvodynie	1	
Endometriose	1	
Polycysteus ovarium syndroom	1	
Virgo ten tijde van de negatieve ervaring		
Ja	3	
Neen	5	
Gynaecologische ervaring		
Eerste gynaecologisch onderzoek	2	
Reeds eerder gynaecologisch onderzoek	6	
Pariteit	Op moment van ervaring	Op moment van interview
Nullipara	7	6
Multipara	1	2
Ervaring met abortus	1	1

3. Demografische gegevens m.b.t. de negatieve ervaring

De participanten maakten de negatieve ervaring zowel bij de huisarts (n=2) als bij de gynaecoloog mee (n=6). Er waren geen participanten met negatieve ervaringen bij de vroedkundige.
Het biologisch geslacht van de zorgverleners was bij een kwart van de participanten mannelijk (n=2) en bij driekwart van de participanten vrouwelijk (n=6). Bij 5 participanten vond de negatieve ervaring plaats in de setting van een ziekenhuis, bij 3 participanten in een privépraktijk. De negatieve ervaringen vonden verspreid in Vlaanderen plaats: Antwerpen (n=2), Oost-Vlaanderen (n=4), Vlaams-Brabant (n=1) en West-Vlaanderen (n=1). Er waren geen participanten met een ervaring in provincie Limburg. Eveneens namen geen participanten deel met een ervaring in het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest of Wallonië.
Het gynaecologisch onderzoek kan verschillende zaken omvatten. Bij de participanten was het primaire type onderzoek dewelke de context bood voor een negatieve ervaring uiteenlopend. Er was één participant die twee separate negatieve ervaringen deelde, die een verschillend type onderzoek betroffen. De participanten bespraken als primaire type onderzoek het speculumonderzoek (n=6), de vaginale echografie (n=2) en het vaginaal toucher (n=1). Zie Grafiek 2 A t.e.m. E.



Grafiek 2. Verdeling van participanten o.b.v.:
A: Specialisatie van de zorgverlener bij wie de ervaring plaatsvond. B: Geslacht van de zorgverlener bij wie de ervaring plaatsvond. C: Setting van de zorgverlening waarin de ervaring plaatsvond. D: Provincie waarin de ervaring plaatsvond. E: Belangrijkste type gynaecologisch onderzoek dat werd uitgevoerd tijdens het consult van de negatieve ervaring.

4. Algemene percepties omtrent een gynaecologisch onderzoek

4.1. Algemene perceptie van een gynaecologisch onderzoek

4.1.1. Emotionele en fysieke beleving van een routine gynaecologisch onderzoek

De overgrote meerderheid van de participanten beschreef een routine gynaecologisch klinisch onderzoek als een ongemakkelijke en oncomfortabele ervaring. Het ontkleden en het naakt betreden van de onderzoekstafel zorgden voor een aantal participanten voor gevoelens van schaamte. Daarnaast gaf één participant aan dat haar fysieke toestand en de noodzaak van medische hulpmiddelen, zoals een tillift, het onderzoek bemoeilijkte. Veel participanten uitten een gevoel van

kwetsbaarheid. Eén participant gaf aan dat het ongemak afhangt van hoe vertrouwd men reeds is met de zorgverlener. De emotionele beleving werd voor sommigen versterkt door de angst voor mogelijke negatieve uitslagen m.b.t. hun gezondheid. De meeste participanten erkenden dat het onderzoek noodzakelijk is, maar ze benadrukten dat het een onaangename procedure blijft.

"Een gynaecologisch onderzoek. [...]. Zo in uw blootje en dan op die tafel gaan liggen. Ik denk dat het gewoon het idee… Zo, dat ge weet van ja, da's gewoon. Wanneer zijt in godsnaam zo half aangekleed ook of zo? Dat is gewoon kei raar zo. [...]. Ja, ik loop nooit thuis met gewoon met mijn T-shirt en mijn trui, zo vaak ook nog een keer, en dan gewoon zo daaronder niks. Da's ook zo'n temperatuurverschil dat ge zo. Ja, dat klopt gewoon niet. Zo super raar. Ge voelt u echt een beetje onnozel zijn, zo half aangekleed en dan op zo'n tafeltje gaan liggen. […] 't Is zo wel allee ja, zo intiem en zo kwetsbaar." (Participant 3)

"Ja, ik vind het wel kwetsbaar. Nodig. Ik vind het noodzakelijk, sowieso. […] Ik denk, we moeten het ook niet mooier maken dan het is. Het is niet leuk om het te doen. En dat mag het ook zijn. Ik denk dat ik het vooral belangrijk vind dat er ruimte mag zijn voor dat dat niet leuk is." (Participant 4)

4.1.2. Praktische organisatie

De praktische organisatie van een gynaecologisch onderzoek speelde ook een rol in de beleving van de participanten. Sommigen noemden de logistieke uitdagingen, zoals het vinden van een beschikbare gynaecoloog of de noodzaak om daar lange afstanden voor af te leggen, als belastend. Eén participant wees specifiek op de beschikbaarheid van noodzakelijke hulpmiddelen, zoals een tillift, die essentieel was om het onderzoek te kunnen ondergaan. Een andere participant benoemde de veelheid aan medische afspraken op latere leeftijd als vermoeiend en tijdrovend; dit hield haar tegen om een gynaecologische consultatie vast te leggen. Een andere participant ondervond een drempel in het maken van afspraken bij een onthaal dat medische informatie bevraagt.

"Maar het is vaak als ik bel, dan heb ik een onthaal. Dat vind ik een hele hoge drempel vaak, want die willen ook graag weten wat je hebt. En ik vind dat raar dat ik daaraan moet zeggen wat ik heb. Maar goed, ik doe dat vaak wel. En ik ben ook niet op mijn mond gevallen. Ik ben ook wel eens van: 'Ik ben de patiënt, ik heb ook rechten.' Dus dan zeggen ze van: 'Ja, maar je kunt toch ook bij die mannelijke dokter gaan?' En ik zeg: 'Nee, want het is voor daaronder'. 'Ja, maakt dat uit?' En dan zeg ik soms van: 'Ja, dat maakt uit'. En dan moet ik het, het is niet vanzelfsprekend dat het mij wordt aangeboden." (Participant 4)

4.2. Perceptie van het concept 'toestemming'

De meeste participanten benadrukten het belang van expliciete toestemming, vooral bij intieme medische onderzoeken. Ze waardeerden het wanneer de arts specifiek toestemming vroeg voor het uitvoeren van bepaalde handelingen, wat hen een gevoel van veiligheid en respect voor hun privacy gaf. Ze gaven aan dat toestemming hun autonomie versterkt en essentieel is voor vertrouwen in de patiënt-arts relatie.

Een aantal participanten legde nadruk op het belang van proactief geïnformeerd worden als onderdeel van het toestemmingsproces, ook voor routine onderzoeken. Zij stelden dat naast het vragen van toestemming, het belangrijk is dat de arts duidelijk uitlegt wat een behandeling of onderzoek inhoudt, waarom het nodig is, en wat de verwachte uitkomsten zijn. Eén participant beschreef toestemming als een gegeven in de zorgcontext, implicerend dat door simpelweg naar een

arts te gaan, er al een zekere mate van toestemming wordt verondersteld. Echter erkende deze participant ook het belang van expliciete toestemming bij meer intieme onderzoeken.
Enkele deelnemers vertelden dat de situatie soms bepaalt hoe belangrijk toestemming is. Bijvoorbeeld, in noodgevallen of wanneer de patiënt niet in staat is zelf toestemming te geven, vinden zij het acceptabel dat artsen beslissingen nemen in het belang van de patiënt. Niettemin, in situaties waar de patiënt volledig bij bewustzijn en bekwaam is, verwachten zij dat er duidelijk om toestemming gevraagd wordt, vooral bij procedures die invasief of intiem van aard zijn.

"[…] als ik naar een dokter ga, ja, ik onderwerp mij een beetje. Nu ik zeg dat omdat ik ga zelf naar, zeker in eerste instantie, naar de huisarts. Dus ik heb de vraag, dus ik weet met wat dat ik naar haar ga. Ga ik naar een hartspecialist, is dat niet anders hè? Want ja, ja, daar moet ik mij onderwerpen. Ga ik naar de oogarts, moet ik mij ook onderwerpen hè? Dat is dus dan. Ja, ik denk niet … Ik kom nog uit een generatie. Oké, dat heeft: 'die moeten dat doen'. [...]. En toestemming? Ja, ik ga daarnaartoe. Anders ga ik daar niet naartoe als ik dat niet wil."
"Jawel, dat vind ik dan wel, op dat moment wel ja hé, dus dat die vraagt is het goed dat ik dat we dat nu doen? Ja, dat vind ik wel ja. Ja, oké, dat vind ik wel belangrijk. Zeker als dat zo een intiem onderzoek is. […] Ja, dan zit je toch al een stukske over [...] in mijn privacy domein zo." (Participant 1)

"Dat je uiteindelijk wel het vraagt aan de patiënt of dat ze akkoord gaan met wat dat je gaat doen en niet alleen wat je gaat doen, maar ook efkes uitleggen hoe dat zal verlopen. [...]. [...]. Maar misschien, ja, ik ben nu aan t denken […] M'n (vertrouwde) gynaecoloog vraagt dat nu ook niet meer hè? Van is 't oké als … maar dat is zo stilzwijgend tussen ons. [...]. [...]. En k heb dat ook gevraagd bij de laatste consultatie: 'Wil je efkes nog 15 seconden wachten? Ik ben er nog niet klaar voor'. En dan doet ie dat en dan is ze ook heel geruststellend op dat moment. En dan zegt ze: 'Ja, neem uw tijd maar en [...], we gaan wel zien waar dat we geraken', en dat lukt dan ook allemaal wel hoor. [...] ja, 'k weet ook niet goed wat dat toestemming is." (Participant 7)

5. Context van de negatieve ervaring

5.1. Zorgverlener

5.1.1. Keuze van zorgverlener

Het al dan niet kunnen kiezen voor de zorgverlener die het onderzoek uitvoert, werd door de onderzoeker vooropgesteld als iets dat de ervaring mogelijk zou kunnen beïnvloeden. De participanten met een negatieve ervaring bij het gynaecologisch onderzoek, ervoeren dit zowel bij zorgverleners met wie zij reeds positieve ervaringen in het verleden hadden, als bij zorgverleners die tot dan toe onbekend waren voor hen. In beide gevallen waren de zorgverleners soms wel, soms niet zelf gekozen door de participant.

Enkele van de participanten die zelf hun zorgverlener kozen bij deze ervaring, benadrukten het belang van geografische nabijheid en toegankelijkheid bij hun keuze van de zorgverlener voor het gynaecologisch onderzoek. Wanneer de gynaecologische klacht gepercipieerd werd als een dringend probleem dat ze tijdig wenste te behandelen, werden persoonlijke voorkeuren aan de kant gezet en werd er geopteerd voor de snelst beschikbare arts. Eén participant koos voor een zorgverlener op basis van eerdere positieve ervaringen en de expertise van de zorgverlener, i.k.v. het vermogen om met patiënten met een beperking om te gaan.

Voor zij die hun zorgverlener niet zelf kozen, uitte één deelnemer het belangrijk te vinden dat zij vooraf geïnformeerd werden over wie de zorgverlener zal zijn wanneer er een wijziging optreedt in de gebruikelijke zorg. Dit werd als cruciaal beschouwd voor het mentaal voorbereiden op de consultatie.

5.1.2. Geslacht van de zorgverlener

Er waren zowel participanten die het geslacht van de zorgverlener relevant vonden, als participanten voor wie het geen verschil maakte of de zorgverlener een vrouwelijk dan wel mannelijk geslacht had.

Alle participanten voor wie het geslacht relevant was, verkozen een vrouwelijke zorgverlener voor het gynaecologisch onderzoek. Dit vooral vanwege een groter gevoel van comfort en veiligheid. Deze voorkeur wordt vaak gevoed door de overtuiging dat een vrouwelijke zorgverlener zich beter kan inleven in vrouwspecifieke ervaringen en problemen, zoals menstruatiepijn of de ervaring van een gynaecologisch onderzoek. Sommige deelnemers benadrukten specifieke incidenten of persoonlijke opvoeding als redenen voor hun voorkeur. Bijvoorbeeld ervaringen met mannelijke zorgverleners in het verleden die als ongemakkelijk of ongepast werden ervaren, versterkten hun wens om een vrouwelijke zorgverlener te kiezen.

"Vroeger was dat echt oké (een mannelijke zorgverlener bij het gynaecologisch onderzoek), maar ik was dan op mijn zestien voor de eerste keer naar de gynaecoloog gegaan. Dan was ik gewoon bij die van mijn mama gegaan. Dat was een oude man die bijna op pensioen was. […] Toen was ook weer de reflex, ik wil hier weer zo snel mogelijk weg. En ook zo direct, ja, er is […] het ligt aan mij. Want dat was eigenlijk de boodschap dat ik daaraan heb onthouden. Wij hebben pijnlijke seks, of ik heb pijn tijdens seks. Want het ligt aan mij. Ik pieker te veel. Maar natuurlijk, als je keihard piekert tijdens seks en er steekt iemand onverwacht, een oude vent, nota bene, want jij bent zeventien, twee vingers in u ongevraagd zonder enige waarschuwing. Ja, het is niet dat je 's avonds ineens met volle goesting eraan kunt beginnen, hè. […] En nu merk ik dat ik door die ervaring toch liever een vrouw heb als het over gynaecologische onderzoeken gaat."

(Participant 4)

Anderen verwezen naar hun culturele of religieuze achtergrond, die het contact met mannelijke zorgverleners rond intieme medische zaken ontmoedigt en deze interactie seksualiseert.

"Ik vind dat (een mannelijke zorgverlener bij het gynaecologisch onderzoek) gewoon een ongemakkelijk idee. […] Ik ben nog nooit bij een man geweest ook, dus ik kan dat eigenlijk niet weten, maar dat is nu gewoon mijn gevoel. [...], voor mij is een vrouw toegankelijker dan een man of zo of [...], ik ga er dan altijd van uit: 'een vrouw heeft hetzelfde', dus dat is [...], da's dan wel een minder groot issue. […] Een vrouw begrijpt meer wat ik bedoel omdat die dat misschien zelf ook al heeft gevoeld of zelf makkelijker kan thuiswijzen van wat ik juist bedoel. [...]. En anderzijds is het gewoon da's, da's niet zo oké, maar het seksuele er rond. Allee zo ja man vrouw, voor mij blijft dat ja, … dat blijft iets, iets vreemd voor mij om mij te ontbloten bij een andere man of zo. [...] Ja, Terwijl dat dat dat 'k rationeel ook weet dat dat niet. Ja, die mannen kiezen niet die job daarvoor hè. Dat weet ik rationeel gezien ook. Maar toch is dat ergens in mij dat ik denk oef, nee, toch liever niet."

(Participant 2)

De participanten voor wie het geslacht van de zorgverlener niet relevant was, benadrukten dat competentie, empathie en de kwaliteit van de zorg primeren. Ze waarderen professionele vaardigheden en een respectvolle benadering, ongeacht of de zorgverlener een man of een vrouw is. Ze merkten op dat mannelijke gynaecologen net zo bekwaam en empathisch kunnen zijn als vrouwelijke. Eén participant benoemde de directe communicatiestijl van haar huisarts als een zeer positieve eigenschap, die in haar perceptie misschien vaker wordt toegeschreven aan mannelijke zorgverleners.

"Nu heb ik meer zoiets van als de specialisatie en zo goed zit. En als die persoon, ja, u serieus neemt en zo. [...]. Dan is het oké." (Participant 5)

"Ik weet van, het ligt niet aan geslacht. Het ligt niet aan dat gij... Vrouwen kunnen ook heel hard zijn voor vrouwen. Vrouwelijke dokters. Als jij bijvoorbeeld nooit last hebt van iets menstrueel, dan ga je je ook heel moeilijk verplaatsen in een andere vrouw haar problematiek. Dus daarin wil ik geslachten niet zo, niet zo onderverdelen." (Participant 4)

5.2. Ruimte waarin het onderzoek plaatsvond

De participanten beschreven de onderzoekskamers als variërend in grootte, waarbij sommigen melding maakten van zeer grote of juist kleine ruimtes. De inrichting werd vaak als kil en ongezellig ervaren, zowel in termen van sfeer als daadwerkelijke temperatuur, met elementen zoals gladde vloeren en weinig tot geen persoonlijke decoraties. Dit was vooral kenmerkend voor de meer steriele, klinische omgeving van een ziekenhuis. Veel participanten merkten op dat hoewel de ruimte klinisch en niet uitnodigend was, dit hun algemene ervaring niet noodzakelijkerwijs negatief beïnvloedde. Voor hen was de interactie met de zorgverlener en de manier waarop zij zich op hun gemak stelden belangrijker dan de fysieke omgeving.
Sommige participanten merkten op dat de fysieke opstelling van de ruimtes de privacy tijdens het omkleden kon beïnvloeden. In sommige gevallen was er geen omkleedruimte, in andere was er een gordijn of een scherm dat enige scheiding bood. Soms garandeerde dit niet altijd effectief privacy, omdat het scherm te laag was en niet volledig de zichtlijnen afschermde. Eén participant beschreef de afstand van het kleedhokje tot de onderzoekstafel als groot en daarom ongemakkelijk.
Zij ervoer daarnaast ook dat de onderzoekstafel dicht bij of in het zicht van de deur was geplaatst, wat haar gevoel van blootstelling verhoogde.
De aanwezigheid van grote TL-lampen werd soms als te fel en onaangenaam beschreven, terwijl in andere gevallen het gebrek aan daglicht als een negatief punt werd opgemerkt. Een andere participant beschreef de notie van oude apparatuur als oncomfortabel, vanuit een twijfel over de betrouwbaarheid van de zorgkwaliteit. Eén participant had specifieke behoeften met betrekking tot toegankelijkheid, zoals de noodzaak aan een tillift en voldoende ruimte voor een rolstoel, wat de complexiteit van de ruimtebehoefte vergrootte.

"Ik denk ja, u uitkleden als je super onzeker bent over uw lichaam is sowieso niet leuk. [...] dus het moment dat je dat doet wil je gewoon effe dat de wereld rond u niet bestaat of zo, dat je dat gewoon effe zelf kan doen? [...]. En door dat zij dan, door dat ik haar nog kon zien, was ik mij heel de tijd bewust van. Ah ja, zij gaat mij seffens nu zien of zo en er was geen [...] moment dat ik zelf kon beslissen. Nu stap ik uit het kamertje, maar dat dat bleef gewoon heel de tijd [...] Zij bleef heel de tijd aanwezig in die kamer, of zo voelde het toch." (Participant 6)

"Maar ik heb het wel niet zo voor van die hele kille steriele ruimtes. Maar moet dat daarom ne living worden? Ook niet hé? Ik weet ook niet of dat dat of dat dan mij stoort. [...]. Het gaat vooral over wie dat er daar is hé." (Participant 7)

5.3. Tempo van het onderzoek

Alle participanten op één na ervoeren een gevoel van haast tijdens hun onderzoeken. Ze beschreven de consultaties als snel en soms overhaast. Deze snelle doorloop werd vaak geassocieerd met het gevoel dat de zorgverlener onder tijdsdruk stond, hetzij door een drukke agenda, hetzij door de perceptie van 'bandwerk' in ziekenhuizen. Eén participant meldde dat de snelle zorgtoegang in urgente situaties (zoals op de spoedgevallendienst) zeer positief is, maar stelt zich tegelijk vragen bij de impact van het snelle tempo op de kwaliteit van zorg. Sommige participanten voelden zich door de perceptie van tijdsdruk oncomfortabel en hadden het gevoel hun zorgverlener niet te willen ophouden, wat soms resulteerde in het niet stellen van vragen, het niet volledig bespreken van hun zorgen of het aan de kant schuiven van hun eigen behoeften en comfort. Dit gevoel werd versterkt door het zien van wachtrijen, stapels te verwerken patiëntendossiers of het dragen van OK kleding wat voor hen impliceerde dat de arts ieder moment kon worden weggeroepen. Eén participant ervoer een bijzonder stressvolle hoeveelheid tijdsdruk in verband met de logistiek van het gebruik van een tillift, waar onvoldoende tijd voor voorzien was.

"Ik had zelf mijn tildoek bij, maar dan moet je beginnen… Eigenlijk heb je dan veel tijd nodig. Moet je eerst echt die lift bestuderen, goed kijken: 'Hoe doe ik dat?', tildoek aan, ... Ik had iemand (een persoonlijk assistent) bij die vertrouwd was om dat met mij te doen. Met mijn tillift, maar niet met die (in het ziekenhuis). En ik voelde enorm de tijdsdruk, zoals altijd. Dat moet snel gaan. Mijn assistent hielp wel, maar ge voelde ook dat die dokter onder druk stond. Want ik was niet de enige dienen dag natuurlijk." (Participant 8)

6. Beschrijving van de negatieve ervaring

6.1. Beschrijving

De negatieve ervaringen bij het gynaecologisch onderzoek van de participanten zijn uiteenlopend. Participant 1 had een ervaring waarbij de huisarts meerdere pogingen deed om een preventief uitstrijkje te nemen zonder succes, wat resulteerde in fysiek ongemak.

"Dus is alleen ja heel vervelend als dat zo hé, den eerste keer. Dan nam ze nog eens een ander stokje. Ik denk dat ze drie of vier keer dat geprobeerd... En dan, Dan was het zoiets van: 'oh stop maar, het is oké geweest'. Zo van ja, dat wordt een beetje onaangenaam." (Participant 1)

Participant 2 beschreef een gebrek aan communicatie en voorzichtigheid tijdens het onderzoek, wat leidde tot ongemak en pijn, vooral gezien haar voorgeschiedenis van vulvodynie. De gynaecoloog ging snel, zonder adequate uitleg en was voor de participant onvoldoende grondig.

"Ja, sowieso met de eendenbek is er [...] gekeken, denk ik dan. [...] dus die eendenbek is ingebracht. [...] ook vrij… want ze ze draaien dat dan zo open of zo en dat dat klikte ook heel hard en ik had echt het gevoel: 'oh nee, niet veel verder. Alsjeblieft stop.'" (Participant 2)

Participant 3 ervoer een beoordelende opmerking van de gynaecoloog n.a.v. haar keuze voor een zwangerschapsafbreking. Ze onderging vervolgens een bruut klinisch onderzoek en een belerende preek.

"Want ik had op dat moment ook wel al veel naar de gynaecoloog geweest en zo, dus ik wist ook wel hoe dat daar normaal gezien of zo eraan toeging en ik vond die wel echt een stukske [...] bruter. Maar dat kan zo nog wel een beetje ne stijl allee of iemand zijn manier van doen zijn of zo, tot daaraantoe of zo. Maar dan… ik deed zo wat van 'ah', zo omdat ik zo wat verschoot, dus ik trok gewoon mij wat weg en dan zei die kei, echt zo hard, en zo een beetje, een klein beetje zo wat bijtend van [...]: 't Is niet dat dat een eerste keer is hé'. Zo zo, dat dus. Dat vond ik. En dan was ik zo. Dus ik verstijfde dan." (Participant 3)

Participant 4 onderging een gynaecologisch onderzoek wanneer de huisarts een telefoon kreeg, die vervolgens overging tot een gesprek terwijl de participant ongemakkelijk en pijnlijk het speculum zelf diende vast te houden. Participant 7 beschreef twee negatieve ervaringen, en deelde een zeer gelijkaardige ervaring.

"Dus die brengt die eendenbek in. En dat was heel pijnlijk, omdat er toch wel wat droogte was ook door die infectie. Dus ik weet nog dat dat heel veel zeer deed, meer dan anders. En ineens ging die zijn telefoon. En die vraagt aan mij: Wil je dat eens vasthouden? En dan bedoelde die die eendenbek, die er dus just in zat. Dus die zat daarin. Ik lag daar super oncomfortabel, want het is gewoon oncomfortabel ook. En hij zegt: 'Ja, wil je dat eens vasthouden?' En ik denk: 'hu meent die dat nu?' Maar natuurlijk, je bent ook jong. Dus je houdt dat vast. Je ligt daar super ongemakkelijk, want je kunt er eigenlijk al niet goed aan. Want dat is redelijk ver en doordat je zo gekanteld ligt. Dus ik pak dat vast en die gaat, ik denk, anderhalve meter verder staat zijn bureau, pakt een telefoon op, begint daar een gesprek van toch een dikke vijf minuten. Tijdens dat gesprek kijkt die de hele tijd naar mij. Maar dus recht naar mij en naar mijn vagina." (Participant 4)

Participant 5 voelde de sfeer omslaan na het delen van haar seksuele oriëntatie en ervoer een onderzoek waarbij haar pijnklachten niet serieus genomen werd door de gynaecoloog.

"*Ja, ze sloeg dan zo gelijk al een beetje om als ik zei van: 'Ja, ik ben eigenlijk lesbisch dus...' Dus ik voelde mij zo al wat minder op mijn gemak of zo. [...]".*
"Die zei ook dat dat niet per sé zo pijnlijk is of zo. [...] ze gebruikt dan ook zo een gel hé, om dat in te brengen en zo, maar dat deel wél pijn hè. Dus allee ja, die probeerde dat, al deed dat echt pijn. Ik zei dat toen ook en zo van: 'Aw, misschien moet ge stoppen?' [...] maar ja die had gewoon gelijk zoiets van: 'Ja, ge moet een beetje doorbijten'. Dat, allee die nam dat gelijk ook niet echt zo serieus. 'k Heb dan wel doorgebeten. 'k Ben daar wel vrij goed in of zo om zo pijn van mij af te bijten, maar toch, dat voelde niet echt zo comfortabel." (Participant 5)

Participant 6 had een vernederende ervaring in de wachtkamer waar zij publiekelijk gewogen werd. Bij de gynaecoloog kreeg zij aansluitend een onverwacht denigrerende opmerking over haar gewicht en verwijderde de arts een tampon bij de participant zonder toestemming.

"En het eerste wat ze dan zei op mijn verhaal was van: 'ah ja maar ja, t is toch goed dat je hè, dat je durft naar een gynaecoloog gaan. [...], je moet zeker niet omwille van uw gewicht dat niet doen.' Maar ja, doordat ze dat zei dat als ze dan, allee, ik snapte gewoon niet waarom dat ze dat zei in de eerste plaats. Want natuurlijk ga ik niet omdat ik 120 kilo weeg niet naar de dokter gaan als er iets mis is. Dus door dat zij dat zei […], gaf ze mij de indruk dat dat ik daar geen recht op had. [...] dus dat was al allee dat ja, ik voelde mij gewoon superslecht." (Participant 6)

Participant 7 ervoer pijn en ongemak tijdens het eerste gynaecologisch onderzoek, wat werd verergerd door een ongepaste opmerking van de gynaecoloog over haar geslachtsorganen.

"Maar ik weet wel bij het nemen van het uitstrijkje dat dat echt heel veel pijn deed. En [...], hij heeft kunnen doen wat dat hij moest doen, maar daarna kwam de opmerking: 'Amai, dat is hier smal'." (Participant 7)

Participant 8 had te maken met logistieke uitdagingen bij het onderzoek vanwege een fysieke beperking, wat resulteerde in een gehaast en oncomfortabel onderzoek in de tillift i.p.v. op een gynaecologische stoel. Nadien ervoer ze een opmerking over de praktische organisatie van een vervolgonderzoek die haar raakte.

"En toen werd ik opgetild en voelden we dat het niet zou lukken op die manier om op de tafel te geraken. En zei die gynaecologe: 'Ik zal rap zo terwijl je in de tildoek hangt, ja, eigenlijk efkes een screening doen'. Ja, nu kan ik je zeggen: dat is niet aangenaam. Maar vooral omdat dat tegen de tijd moest. En zij voelde zelf ook van: 'ik kan haar hier zo lang niet laten hangen, want dat […] knijpt uw longen dicht […], dat is niet ideaal. Ja, ik weet dat 't zo gelopen is, 'k ben nooit op de tafel terechtgekomen." (Participant 8)

6.2. Communicatie van de zorgverlener

De communicatie van de zorgverleners tijdens gynaecologische onderzoeken varieerde aanzienlijk onder de participanten, waarbij sommigen consistente patronen van onvoldoende communicatie en instructies ervoeren, terwijl anderen melding maakten van beperkte tot adequate communicatie.

Veel participanten beschreven situaties waarbij zorgverleners minimale tot geen uitleg gaven over de uit te voeren procedures. Dit omvatte vaak het gebrek aan voorbespreking van wat er zou gebeuren tijdens het onderzoek, en in sommige gevallen werden handelingen uitgevoerd zonder enige communicatie over wat te verwachten of werden ze pas besproken terwijl de handeling al in uitvoering was. Toestemming werd zo als een feit voorgesteld in plaats van als een vraag. Bovendien maakten sommige artsen ongepaste opmerkingen over de fysieke kenmerken van de participanten zoals hierboven beschreven. Andere zorgverleners zorgden wel voor een gedetailleerde voor- en nabespreking van het onderzoek.

Sommige participanten meldden dat ze weinig tot geen specifieke instructies kregen over hoe ze zich moesten voorbereiden voor het onderzoek, zoals zich ontkleden of positioneren. Dit liet sommigen in verwarring over hoe ze zich moesten gedragen tijdens het onderzoek.

Enkele participanten wezen op een onpersoonlijke non-verbale benadering door zorgverleners, waarbij niet altijd oogcontact werd gemaakt of er een algemeen gevoel van haast was om de procedure te voltooien.

"[…] dus ik wist wat ik kon verwachten hoor. Ook, ja en dan zegt die wel van: 'Kijk, dat kan koud aanvoelen hé', die hoe noemt dat ding dat ze inbrengt. [...] en [...] 'dat kan een beetje...' Dat heeft ze wel gezegd. 'Dat kan een beetje onaangenaam zijn', maar voor de rest moet daar voor mij ook niet meer uitleg bij, want ik wist voldoende om te weten wat er ging gebeuren hè. […] Of ik moest mij onderaan ontkleden, dan in die beugels gaan zitten. Ah ja, ja, ja. Da's allemaal [...], ja, allemaal wel gezegd." (Participant 1)

"Terwijl die eerste gynaecologe [...] deelde gewoon mee: 'Ik ga nu een inwendig onderzoek doen.' [...], terwijl ik was ook nog maagd op dat moment, dus dat was wel best ingrijpend eigenlijk om een inwendig onderzoek te doen. [...]. Maar dat was. Ja, ik had daar geen zeggenschap in."
"'k Denk dat ze het aankondigde (het verwijderen van de tampon), maar ook weer op een manier. [...], ja, het was een aankondiging. Exact dat gewoon. 't Was geen voorstel of een [...] een vraag. 't Was gewoon: 'Ik ga dat nu doen'. En dan 2 seconden later was ze dat ook aan 't doen." (Participant 6)

7. Beleving van de negatieve ervaring

7.1. Beleving door de zorgvrager

7.1.1. Beleving van de communicatie

De beleving van de communicatie van de zorgverlener tijdens de gynaecologische onderzoeken omvatte voor de participanten een breed spectrum, variërend van tevredenheid tot uitgesproken frustratie en ongemak.

Enkele participanten voelden zich comfortabel bij minimale communicatie, vooral wanneer ze al vertrouwd waren met de procedure. Deze participanten waardeerden de efficiëntie en directheid, en gaven aan dat voor hen geen uitgebreide uitleg nodig was.

"Maar dat is niet iemand die heel veel praat dus. Maar ik heb daar geen problemen mee. Ik heb ook liever zo heel kort, dat moet niet een hele uitleg bij. […] Maar qua communicatie is die goh, hoe moet ik dat zeggen, voor mij voldoende, want dat gaat heel praktisch op dat moment alleen over wat er gebeurt." (Participant 1)

Een aanzienlijk aantal participanten uitte frustratie en ongemak door het gebrek aan duidelijke communicatie, vooral wanneer procedures onaangenaam waren. Deze participanten benadrukten het belang van voorafgaande uitleg over wat er zou gebeuren, waarom het nodig was, en wat ze konden verwachten. Dit om angst, onzekerheid en discomfort te verminderen.

Veel participanten misten empathie en betrokkenheid van de zorgverleners. Ze gaven aan dat het gebrek aan ruimte voor het stellen van vragen en het niet erkend worden in hun angst of klachten leidde tot een gevoel van niet gehoord of gezien worden, wat de consultatie negatief kleurde. Sommige participanten kregen de indruk dat de zorgverlener onbekwaam was om met hun specifieke problematiek om te gaan. Enkele verhalen belichtten hoe een onpersoonlijke omgang, zoals gebrek aan oogcontact of het overhaast uitvoeren van handelingen, leidde tot gevoelens van 'een nummer' te zijn.

"[...], te kort. [...]. [...] ja, niet op maat van hè? Dat was alsof dat dat zo standaard, standaarddingen waren, ook niet afgestemd op wie zit er hier voor u? Is dat een vrouw van 30 of is dat een vrouw van [...] 65? Ik weet niet of dat hij daar dan bijvoorbeeld onderscheid in maakte. [...], ik herinner mij ook

dat er weinig oogcontact was. [...]. Die was vooral bezig met zijn handeling en niet met wie dat er daar zat of lag." (Participant 7)

Verschillende participanten ervoeren specifieke acties van zorgverleners, zoals het beantwoorden van telefoongesprekken tijdens een onderzoek, als zeer ongepast en respectloos. Een participant meldde dat ze dit onprofessioneel vond, ook naar de persoon aan de andere kant van de lijn wiens recht op privacy hiermee geschonden werd.

"Op die manier vond ik het gewoon onrespectvol. Eigenlijk voel je je een stuk vlees dat daar ligt. En die telefoon kan toch niet op dat moment belangrijker zijn dan een onderzoek dat maar vijf minuten duurt als je gewoon doordoet." (Participant 4)

7.1.2. Interpretatie van het gedrag van de zorgverlener

Veel participanten speculeerden over de interne gedachten van de zorgverlener, gebaseerd op hun perceptie van de houding of reacties van de zorgverlener tijdens het onderzoek. Dit varieerde van het vermoeden dat de zorgverlener ongemakkelijk was, tot gedachten dat deze overweldigd of ongeïnteresseerd was.

Een aantal participanten kregen de indruk dat de zorgverlener hun persoonlijke situatie of de complexiteit van hun aandoening niet volledig begreep. Participanten overwogen ook dat zorgverleners mogelijk professionele uitdagingen ervoeren, zoals tijdgebrek, een slechte dag of de moeilijkheid van bepaalde pathologieën, wat invloed kon hebben op hoe de consultatie werd gevoerd.

"Voor mij had dat meer het gevoel van 'Goh, ik weet hier eigenlijk niet wat dat ik moet doen. Ik ga gewoon op safe spelen en ik doe nog eens hetzelfde'. [...]. Daar had ik meer het gevoel. Maar ja, ik kan daar fout in zijn. Maar. [...]. Zo kwam het toch over. […] Misschien dat die vrouw gewoon op die dag echt een moeilijk moment of een moeilijke dag… Dat kan iedereen overkomen. [...]. Dus ik wil dat ook niet direct afschrijven als: 'dat is een slechte gynaecologe'. [...]. [...]. Iedereen heeft wel eens een mindere dag. […] Hoe dat ik het ervaarde was meer van. Ik moet maken dat ik hier op tijd klaar ben of zo, ofwel had ze nog een afspraak naar mij. Ofwel [...] wou ze niet uitlopen in haar agenda omdat ze s avonds nog weg moest? Zo, dat gevoel had ik van het moet rap rap rap afgehandeld worden zodat ze rap de volgende kan binnenlaten zodat. [...] ja, dat idee had ik, maar dat kan iets helemaal anders zijn." (Participant 2)

In enkele gevallen kregen participanten de indruk dat zorgverleners persoonlijke oordelen hadden over hen, gebaseerd op hun uiterlijk, seksuele oriëntatie of medische voorgeschiedenis.

"Ah ja, dat die gewoon dacht: 'Wat een marginale. Wat is dit? Wat? Die, die hebben ne keer. We moeten haar vet geven, want die snapt het niet goed'. Zo, ik denk dan dat, dat ze dat dacht. [...]. Da's waarschijnlijk ook te hard, maar 'k denk dat zij, ja, misschien was ze een beetje gechoqueerd dat ze gewoon keek naar wàt? Derde keer (een zwangerschapsafbreking)? […] Ik kan echt wel snappen dat je zo, kan totaal snappen dat zij misschien ook iets heeft meegemaakt of dat zij daar echt totaal niet mee akkoord is en dat zij echt zoiets heeft van: 'ge doet dat niet'. Of dat zij misschien 't idee had: 'Ik moet die wakker schudden of zo. Ik moet hier een soort schokeffect meegeven. Das zo ene die, da's zo

nen ezel die haar een paar keer stoot, ik moet die zo gelijk...' Allee dat kan zo gelijk allemaal, maar toch." (Participant 3)

Andere participanten geloofden dat de zorgverlener probeerde empathisch te zijn en goed werk te verrichten, ondanks onverwachte technische moeilijkheden tijdens de procedure, en dat deze gefrustreerd waren dat dit niet lukte.

"[…] omdat ik daar, ja, de vraag gesteld heb naar dat uitstrijkje, dat zij haar taak wel goed wilde doen, haar job wel goed wilde doen. Ja, vermoed ik hè?" (Participant 1)

7.1.3. Emotionele beleving tijdens het onderzoek dat als negatief ervaren werd

De emotionele beleving van de participanten tijdens negatieve ervaringen met gynaecologisch onderzoek was erg rijk en uiteenlopend.

Veel participanten beschreven een gevoel kwetsbaarheid, versterkt door hun naakt zijn tijdens het onderzoek. Deze kwetsbaarheid is vaak gekoppeld aan schaamte.

"Ik voelde me zo beschaamd en kwetsbaar. En heel open, als in letterlijk open. Mijn vagina zal daar heel opengesperd hebben gezeten door die eendenbek daar. En ik snapte dat ook gewoon niet." (Participant 4)

Enkele participanten voelden zich schuldig, alsof hun lichaam hen in de steek liet of dat ze op een manier verantwoordelijk zijn voor de moeilijkheden tijdens het onderzoek.

"Ja awel, da's nu raar hé. Maar dat komt met mijn katholieke anderen. Of ik voelde mij schuldig dat die dat niet vond. En ik heb daar geen, allee zo, dat is zo, allee ja, zo een beetje. Beetje hè? 'k Zeg niet dat dat niet. [...]dat 'k daar van die tafel gegaan ben met veel schuld. Maar zo wat, ja, dat element van: 'Wat heb 'k ik nu misdaan? Allee wat had ik het nu anders kunnen doen om die baarmoeder wel te vinden zo?' Terwijl dat ik, ja, 'k heb daar geen vat op hè?" (Participant 1)

Ervaringen van vernedering kwamen naar voren, vooral wanneer de participanten zich beoordeeld of minderwaardig behandeld voelden door de zorgverleners, vaak versterkt door opmerkingen over hun lichaam of aandoening.

"[…] dat mij heel erg, ja, toch een stukje weer, zoals dat dat vaak gebeurt, een beetje vernederd heeft. Zo van ja, 't is precies omdat je fysiek beperkt bent, dat dat niet goed kan lopen." (Participant 8)

Velen uitten verwarring en onzekerheid, niet alleen over wat er medisch gebeurde maar ook over de intenties en het gedrag van de zorgverlener. Dit droeg bij aan een gevoel van onveiligheid en angst.

"Ja, alleen denk ik een beetje verbouwereerd ook van, van wat gebeurt er hier nu? 't Ging ook zo snel hè? [...]. En in de war." (Participant 7)

"Maar na die opmerking voelde ik mij dan zo bijna 'harassed'. Zo dat ge u echt zo aangevallen voelt." (Participant 3)

Het gevoel beoordeeld te worden, wekte emoties op zoals angst, schaamte en boosheid. Deze emoties waren vaak gekoppeld aan stigmatisering en vooroordelen, in casu gerelateerd aan lichaamsgewicht, seksuele geaardheid en levenskeuzes.

"Ik denk dat ik toen op dat moment er wel al vrij comfortabel mee was, maar toch zo nog altijd van: 'Oh ga ik wel geaccepteerd worden?' En als er dan zo'n arts is die je zo'n beetje t gevoel geeft van ja oei, die accepteert mij eigenlijk ook al niet voor wie ik ben. Ja. [...]. Da's niet fijn, hè?" (Participant 5)

"Totaal overdonderd door haar… Ja, door gewoon hààr gevoel daarover. Dat was gewoon het belangrijkste. Omdat zij de dokter is en omdat zij degene is die dit weet hoe allee, dat is zoiets. […] Ik was gewoon echt te slecht, de badguy of zo. […]"
"Betrapt. [...]. Zo. Echt betrapt. [...]. Ze heeft mijn geheim ontdekt en 't is haar niet goed bevallen. Ja, dat was echt zo. Wel van shit. Fuck. Zo echt. Gewoon, ge schaamt u kapot. Ik kon echt door de grond zakken. [...]. Ik heb wel, die haar ogen gekeken naar mij en ik weet dat ik mij zo heel slachtoffertje voelde. [...]" (Participant 3)

Enkele verhalen bevatten gevoelens van wantrouwen jegens de zorgverleners, gekoppeld aan ervaringen waar de participanten zich respectloos of ongepast behandeld voelden, wat hun vertrouwen in medische professionals schaadde.

"'k Had niet het idee dat dat correct is uitgevoerd of zo. […] Die gaf mij juist het gevoel dat 'k bleef trappelen op dezelfde plaats. [...], dat ik niet vooruitging […] op zo'n korte, koele manier afgescheept." (Participant 2)

"'Gewoon dat zo uw vertrouwen geschonden wordt, zo echt, op dat moment dat ge denkt: 'Ik geef u het vertrouwen als arts om mij te onderzoeken' en zo. Ik zeg: 'Oké, we gaan dat proberen.' Maar 'k geef dan aan dat t niet lukt en ge luistert daar niet naar." (Participant 6)

7.1.4. Fysieke beleving tijdens het onderzoek dat als negatief ervaren werd

De fysieke beleving van de participanten omvatten o.a. ongemak, pijn, en soms heftige lichamelijke reacties passend binnen een fight-flight-freeze respons.

Vele participanten meldden expliciete pijn tijdens de procedures, zoals bij het inbrengen en aanpassen van het speculum. Deze pijn werd vaak verergerd door fysieke condities.

"Alles. [...] van het gynaecologisch onderzoek op zich al [...] voor de eendenbek inbrengen. [...] ja, pijnpunten aanraken. Allee, alles is gewoon pijnlijk, lastig en daar werd naar mijn gevoel dan toch heel weinig rekening mee gehouden. Of, of ja, precies een beetje vergeten." (Participant 2)

Naast pijn werd herhaaldelijk een algemene onaangenaamheid benoemd, variërend van mild tot heftig fysiek ongemak.

"Niet pijnlijker dan anders, denk ik. [...]. Allee, t is niet zo aangenaam, hè?" (Participant 8)

Ruim de helft van de participanten meldden een instinctieve verstijving als schrikreactie op het contact, anderen een verlammend gevoel van bevriezing, waarbij de participant zich psychologisch en fysiek afsloot om de situatie te kunnen hanteren.

"[…] vanaf toen ging ik gewoon in een soort van [...] ja, bevriesmodus of zo en voerde ik gewoon de orders uit of allee de dingen die zij mij vroeg te doen deed ik gewoon. [...] maar dus dat was heel snel al. Ook in dat eerste gesprek dan voor het onderzoek met haar, dat ik al in die modus zat [...] van ja, bevroren te zijn. [...]. Op het moment zelf probeerde ik het dus of stond ik los van die emoties of zo omdat ik gewoon zo bevroren was. [...] en dan weet ik niet of dat ze heel veel heeft gezegd eigenlijk omdat ik mezelf al zo had afgesloten dat 'k denk dat zelfs al had ze iets gezegd, ik had het waarschijnlijk niet eens echt gehoord." (Participant 6)

Sommigen beschreven zich niet volledig af te sluiten, maar wel een dissociatie tussen hoofd en lichaam te ervaren.

"Ik zit altijd met verstand op nul als ik daar lig en dan denk ik: 'moet gebeuren, kom zo. We doen dat.'" (Participant 1)

Veel participanten omschreven een drang om te vluchten, waar ze niet op konden ingaan. Dit versterkte de ervaring van machteloosheid.

"Ik wou daar weg, maar ik kon niet weg. Ik kon ook letterlijk niet wèg, want ik had die eendenbek, ik wist niet eens hoe ik dat eruit moest krijgen op dat moment. Want dat ging ook niet, want je zou dat Je kunt niks doen. Je bevriest gewoon. Dus ik denk, bevriezen, daarom dat ik totaal niet heb gehoord wat die aan de telefoon heeft gezegd. Ik weet dat ik gewoon hele tijd dacht: 'Meent die dat nu? Ben je nu naar mij aan het kijken? Wat ziet hij nu eigenlijk? Waarom kijkt hij naar mij?' […] Willen vluchten, maar niet kunnen. […] Dat is echt uw fight, flight, freeze. Heel uw zenuwstelsel zegt tegen u dat er iets niet klopt dat je moet maken, dat je veilig bent. En ik ging nu ook niet met die eendenbek tegen die dokter zijn kop slaan. Dat was geen goed idee, dus ik wou gewoon zorgen dat ik mijn kleren zo snel mogelijk aan heb. Dat was echt mijn doel." (Participant 4)

7.1.5. Beleving na het consult

Na het consult meldden verschillende participanten een reeks aan emoties. Een aantal van hen beschreef onmiddellijke reacties zoals frustratie, teleurstelling, boosheid en verdriet, waarbij sommigen specifiek benoemden dat ze huilend de praktijk hebben verlaten. Andere participanten ervoeren een vertraagde emotionele reactie, waarbij de volledige impact van de ervaring pas dagen later duidelijk werd.

"Maar dan ben ik buitengekomen en dan voelde ik zo wel de tranen. Allee dus buiten nu uit die ruimte en dan als ik echt effectief uit 't ziekenhuis was, dan ben ik echt mega beginnen wenen en dan heb ik mijn papa gebeld en dan zat ik zo op de tram." (Participant 5)

"En ik denk als er mij iets ergs overkomt, ga ik eerder zo uit mijn schulp kruipen en ben ik helemaal niet de persoon die meteen van zich afbijt. 'k Denk dat 'k pas dagen later doorhad dat dat eigenlijk een heel negatieve ervaring was. En hoe hard mij dat eigenlijk had geraakt." (Participant 6)

7.1.6. Beïnvloedende factoren

De emotionele en fysieke ervaring waren soms mee beïnvloed door verschillende persoonlijke en medische factoren van de participanten.

Voor sommigen vond hun negatieve ervaring plaats bij hun eerste gynaecologisch onderzoek, waarbij de onbekendheid met de procedure en de daaruit voortvloeiende angst en spanning een grote rol speelde. Sommige participanten waren virgo op moment van het onderzoek, wat de fysieke ervaring van het onderzoek als bijzonder invasief deed voelen.

"Dus toen was ik echt gewoon een volwassen vrouw die naar de gynaecoloog ging, die ook zo werd behandeld. [...], terwijl ik in mijn hoofd was, dat was dan nog totaal niet, wou ik helemaal niet zo behandeld worden en wou ik gewoon niet naar een gynaecoloog moeten gaan, want ik was nog niet seksueel actief en ik had zoiets van: 'Ik wil dat eigenlijk niet en ik ben daar nog niet klaar voor. Ik ben daar gewoon ook niet mee bezig.' [...]. Dus dat was zo een wereld waarin ik dan kwam waar ik helemaal niet in wou zitten." (Participant 6)

"En ik was daar en dat was ook mijn eerste gynaecologisch onderzoek. Dus ik wist ook niet zo heel goed. Oei, wat komt er hier op mij af? 'k Had daar ook wel een beetje schrik voor. […] Weet je dat dat in mijn hoofd is blijven hangen? [...]. Het is heel, ja, ik had echt zo het gevoel dat ik ontmaagd werd door de gynaecoloog. En ik vond dat mega erg. […] Maar 't feit dat dat, ja, misschien ook wel de eerste keer was dat er zoiets gebeurde. Denk dat dat heel beladen was." (Participant 7)

Overgewicht werd genoemd als een factor die bijdroeg aan de ervaren schaamte en vernedering tijdens de onderzoeken. De participant met een fysieke beperking meldde de unieke uitdagingen die medische onderzoeken met zich meebrengen, waardoor onderzoeken van allerlei aard frequenter mislopen. Een participant met vulvodynie beschreef hoe een gynaecologisch onderzoek altijd pijnlijk is, en hoe deze aandoening een emotioneel zwaarbeladen traject is. Dezelfde emotionele lading geldt voor de participant in een fertiliteitstraject en de participant met een keuze voor zwangerschapsafbreking. Ook buiten deze context hebben bepaalde participanten een 'emotioneel rugzakje' met eerdere ervaringen die de perceptie van het consult mogelijks mee kleurden.

7.2. Een ongelijkwaardige verhouding tussen arts en patiënt

De meerderheid van de participanten benoemde spontaan een ervaren machtsverhouding tussen arts en patiënt.
Veel participanten voelden zich in een ondergeschikte, soms onderdanige positie in de relatie met hun arts. Deze ondergeschikte positie werd versterkt door de fysieke houding waarin een patiënt zich bevindt tijdens het onderzoek. Ook de 'knowledge gap' over het medische vergrootte dit onevenwicht.

"Allee, da's geen evenwaardige relatie hè? Dat zit daar toch iets van macht in. Maar 'k wil het zo, dat klinkt zo heel negatief, maar d'r zit wel iets in van zorgverlener naar patiënt die niet evenwichtig is hé." (Participant 7)

De autoriteit en het vertrouwen dat vanzelfsprekend wordt toegekend aan iemand in een medisch uniform zoals een doktersjas, legde voor enkele participanten een extra druk op de patiënt om te conformeren en te accepteren wat werd gezegd of gedaan, ongeacht persoonlijk discomfort of het oneens zijn met de benadering. De machtsdynamiek werd vaak ervaren als een gebrek aan controle over de situatie, waarbij patiënten zich verplicht voelden de instructies van de arts te volgen zonder ruimte voor dialoog of afwijzing van de behandeling.

"[…], dan vond ik echt een powermove bijna. Dat jij als mannelijk een dokter aan de telefoon recht in mijn geslachtsdeel zit te kijken. Wat heb je hier nu aan? Voelde jij je machtig? Word jij er opgewonden van? Vind jij het interessant om naar zo'n jonge vagina te ...? […] Terwijl, wij vertrouwen wel dokters hé, dat is de deal. Gij hebt een labojas aan en wij hebben daar vertrouwen in. Net zoals bij politie, heb ik dat wel minder. Maar een brandweerman ook, als een brandweerman aankomt als een kostuum, ja, ge hebt daar vertrouwen, ge hebt daar een zekere vorm van vertrouwen in. Gewoon omdat gij een bepaalde functie beoefent. Dus wij geven ons ook veel bloot letterlijk. Wij kleden ons uit voor jullie en dan vind ik het wel, ja, dat je, je zit heel snel in die machtsverhouding. Je hebt heel veel macht over je patiënt. Megaveel. En daar moet ge wel mee om kunnen. Daar moogt ge geen misbruik van maken." (Participant 4)

Er zijn beschrijvingen van artsen die hun positie lijkten te misbruiken of een machtspositie innamen die patiënten ongemakkelijk maakte. Dit varieerde van het niet erkennen van de pijn en het ongemak van patiënten tot het overschrijden van professionele grenzen op manieren die door patiënten als ongepast worden ervaren.

"Ja, een stuk wel. Ik voelde heel veel macht van zijn: 'Ziet mij hier nu bellen, terwijl jij daar zo zielig ligt met die eendenbek vasthoudend en ik zit er gewoon op te zien.' Dat voelde zo. Ik denk dat dat het gevoel was dat ik achteraf ook had van: 'Dat was creepy, dat was eng'. Ik voelde me onveilig." (Participant 4)

7.3. Afhankelijkheid van de zorgvrager

Daarnaast vertelde de meerderheid afhankelijk te zijn van de zorgverlener, wat de kloof tussen zorgvrager en zorgverlener in deze ongelijkwaardige verhouding versterkte.
Veel van de participanten uitten een sterk gevoel van noodzaak aan bepaalde medische procedures of medicijnen, wat hen ertoe dwong bepaalde ongemakken of onaangenaamheden te ondergaan. Deze noodzaak werd soms ervaren als een dwang waarbij persoonlijke grenzen overschreden kunnen worden.
Participanten beschreven een dualiteit waarbij ze enerzijds de behandeling wilden ondergaan ten voordele van hun gezondheid, maar anderzijds een sterke aversie voelden tegen het onderzoek of de setting. Dit veroorzaakte een innerlijk conflict over het al dan niet voortzetten van de behandeling.

"Want ja, ik denk dat ik toen op dat moment ook wel zoiets had van: 'Ik wil echt geholpen worden en ik wil weten wat dat er mis is met mij'. En ja, als ik daar dan zo oncomfortabele dingen voor moet doorstaan of zo, ja, so be it. 'k Wil gewoon die allee, die diagnose of een andere, íets. 'k Wou gewoon weten wat er met mij was." (Participant 5)

"En het feit dat dan net iemand waar jij naartoe gaat op zoek naar hulp, want je bent niet zelfredzaam als het gaat over gynaecologische onderzoeken. Ik kon mezelf niet helpen, dus ik had haar nodig. En dan net zij dan zo'n opmerking maakt. Dat voelde echt [...] ja, slecht." (Participant 6)

7.4. Grenzen overschrijden

Een groot deel van de participanten gaf aan dat hun persoonlijke grenzen werden overschreden tijdens het onderzoek. Enkele participanten vertelden dat zij zich over hun fysieke grenzen gedreven voelden tijdens het onderzoek, maar dat het niet als een ernstige overschrijding werd beschouwd. Anderen beschreven dat dit ernstiger en als intrusief werd ervaren. Sommige participanten hebben

het eerder over emotioneel grensoverschrijdend gedrag, zoals bij het negeren van pijn of het nemen van beslissingen zonder inbreng van de participant.

"Ik denk echt dat ik wel letterlijk gezegd heb van: 'wow, misschien moet ge stoppen'. Maar zelfs moest ik dat niet gedaan hebben en gewoon gezegd hebben: 'auw amai, dat doet echt pijn'. En ik zat ook echt met tranen in mijn ogen en zo hé, moet dat toch automatische reflex zijn om te zeggen: 'oké, ik stop ermee, dus ik denk wel dat ze grenzen heeft overschreden. [...]."
"(Grenzen) van de pijn. Maar ook inderdaad emotioneel. Allee ja, als ge aangeeft dat iets pijn doet of zo en iemand luistert daar niet naar, dan gaat dat emotioneel automatisch denk ik. Ook wel iets met u doen hè?" (Participant 5)

"Achteraf denk ik, vind ik het niet oké dat ze [...] een onderzoek heeft gedaan zonder mij uit te leggen wat de opties zijn, waarom het nodig is om zo'n onderzoek te doen. [...]. Dus ik denk dat ze dat daar dat ze daar een fout heeft gemaakt. En op dat moment heeft ze wel echt een grens van mij overschreden, want dat voelde ik aan alles toen. […] Ja, een soort, mijn integriteit of zo schenden? [...]. Omdat ik, het ging over mij, maar zij was degene die alle beslissingen maakte en dat voelde gewoon superfout." (Participant 6)

Een ander deel van de participanten ervoer niet dat er grenzen overschreden werden. Dit lichtten ze toe door te zeggen dat er geen acties plaatsvonden die zij ervoeren als ongepast, of dat de zorgverlener duidelijk probeerde in te gaan op de grenzen die de participanten aangaven (verbaal of non-verbaal). Een participant vertelde dat zij reeds grensoverschrijdend was geweest voor zichzelf, en dat de zorgverlener dit versterkte maar geen grens an sich overging.

"Ik denk dat het echt vanuit beide partijen… Ik heb ergens op één of andere manier verbaal of non-verbaal aangegeven: 'dat moet hier vooruitgaan'. En zij heeft dat omgekeerd ook voor zichzelf zo gevoeld, denk ik. [...]. Nee, nee, ik denk niet dat er grenzen over. Nee, dat denk ik niet. Dat mag ik niet zeggen." (Participant 8)

"Er zijn geen dingen gebeurd die niet hadden mogen gebeuren, dus gaat dat meer denk ik over de communicatie en wat dat er gebeurde. [...] dingen die een beetje onverwachts aan voelden." (Participant 2)

7.5. Het aangeven van grenzen

De meerderheid van de participanten ervoeren moeilijkheden bij het aangeven van hun grenzen tijdens het gynaecologische onderzoeken, zowel verbaal als non-verbaal. Dit was vaak beïnvloed door een gevoel van kwetsbaarheid: zowel door het ondergaan van een intiem onderzoek bij de zorgverlener, als door de psychische toestand waarin ze zich op dat moment bevonden en die soms als fragiel werd omschreven.

"Dus dan ja, ik kan het wel, maar misschien niet op mijn aller kwetsbaarst, opkomen voor wat ik nodig heb dan" (Participant 7)

Als faciliterende factor in het aangeven van grenzen specificeerde één participant de vertrouwdheid met de zorgverlener. Anderzijds werden een zakelijke sfeer, gepercipieerde autoriteit van de zorgverlener, een gebrek aan communicatie en een gevoel van tijdsdruk vermeld als factoren die het moeilijker maakten om grenzen aan te geven.

"Ik denk door de kilte van die gynaecologe. Zo de dat … Allee, tuurlijk, d'r moet altijd een afstand zijn, maar [...] er werden ook heel weinig vragen gesteld aan mij. [...]. Dus dan, het voelde meer als dat, dat ik dan zoiets zou tussenkomen. [...] in dat allee, in dat onderzoek of zo, dat 'k zou storen of zo." (Participant 2)

Eén participant meldde dat het aangeven van grenzen niet in lijn ligt met haar opvoeding. Een andere participant vertelde hoe grenzen voor haar geen rechtlijnig concept is in het consult, maar dat dit een voortschrijdend continuüm is. Dit werd door een andere participant bevestigd, met als bijkomende vaststelling dat zij het ervaren van dit continuüm nodig had om te voelen waar haar grenzen überhaupt lagen.

"Je zijt ook geleidelijk aan, zijn je grenzen ook keer op keer verschoven. Het is niet van brute kracht in het begin, het is gewoon… Ja, je bent al ongemakkelijk, je wilt er eigenlijk al niet zijn, maar je hebt dat nodig en dan is het gewoon per stukje ongemakkelijk geworden." (Participant 5)

8. Delen van de negatieve ervaring

8.1. Met personen in de eigen context

De participanten in deze studie verschilden in hoe zij hun negatieve ervaringen met anderen deelden, maar allen hebben het gedeeld met iemand uit de eigen privé context. Sommigen kozen ervoor om hun gevoelens en ervaringen te delen met naaste familieleden zoals ouders, terwijl anderen zich eerder vrienden of hun partners in vertrouwen namen.

De redenen waarom participanten ervoor kozen hun ervaringen specifiek met bepaalde personen te delen, waren vaak gebaseerd op vertrouwen en de verwachte steun die deze personen konden bieden. Participanten kozen doorgaans voor personen in hun naaste omgeving die ze als veilig en ondersteunend beschouwen. Veelal zochten zij steun, begrip en soms bevestiging van hun gevoelens. Het delen gebeurde vaak in een moment van acute emotionele nood na de consultatie, waarbij de behoefte aan een luisterend oor en empathie de boventoon voert. Anderen deelden het pas later, wanneer het thema bijvoorbeeld toevallig aan bod kwam in een gesprek.

De effecten van het delen van deze ervaringen waren voor de participanten zowel helend als complex. Voor sommigen kon het delen een gevoel van opluchting bieden en bijdragen aan emotionele verwerking. Het ontvangen van steun en begrip van dierbaren kon helpen bij het normaliseren van hun gevoelens en het verminderen van isolement. Echter, afhankelijk van de reacties die zij ontvingen, kon het delen van de ervaring soms ook leiden tot verdere frustratie of misverstanden, vooral als de vertrouwenspersonen niet volledig erkenden wat de ervaring inhield of als ze ongepaste reacties gaven.

8.2. Met zorgverleners

Een kleiner deel van de participanten koos ervoor om hun negatieve ervaringen te delen met zorgverleners, waaronder de huisarts, de vertrouwde specialist of de psycholoog. De keuze om deze ervaringen wel of niet te delen hing af van hun relatie met de zorgverlener en de mate van comfort en vertrouwen die ze hierbij voelden. Eén participant weerhield zich ervan de details te delen met de vaste specialist, om de zorgverlener niet in de positie te brengen zich oncollegiaal te moeten uiten. Voor één participant leidde het delen van de ervaring tot een verbetering van de zorg bij de vaste

arts, gezien deze rekening hield met de gebeurtenis bij het verdere beleid.

Geen enkele participant heeft de ervaring gedeeld met de desbetreffende zorgverlener of met een officiële instantie.
Eén participant kwam de betreffende zorgverlener die zij in een spoedsituatie had geconsulteerd later tegen in de supermarkt, en had de wil om de ervaring terug te koppelen met een soort verantwoordingsdrang, maar weerhield zich ervan.

"[...] 'Ah dat is die vrouw, die dokter'. En dan denk ik, dan ben ik daar twee rayons zo achter gelopen, Gewoon zo achter gestapt omdat ik dacht: 'Ja, ga ik nu iets zeggen?', want ik wou dus gewoon op die haar schouders tikken en ik wou zeggen: 'Ik ben ondertussen niet meer zwanger geweest! En nu heb ik een Nuvaring en nu gaat het goed.' 'k Wou echt zoiets zeggen en dan dacht ik zo, […] maar zo ja dan heb ik dat niet gedaan. Maar ik wou dat wel echt doen. 'k Wou er gelijk zo zeggen van dat 'k beter bezig was. En d'r zat ergens ook iets dat 'k haar ook wou zeggen van maar ge hebt mij pijn gedaan. 'k Wou dat k wou dat gelijk zeggen, maar 'k wist toen niet welke kant dat 'k op moest. Of ik nu dat 'k dan iets moest zeggen om haar daarmee te confronteren van dat was erg of dat 'k haar wou zeggen van: 'Ik doe het nu beter'. Of dat ik haar dat gevoel ga geven van: 'Ge hebt mij in een onderdanige positie gebracht door daar te zeggen van [...], ik doe het nu beter'. Door gewoon op zich dat al te uiten, maar dat ging nooit binnengekomen zijn bij haar of zo denk ik. Dat dat dat […] effect was. Dus 'k heb dat niet gedaan. [...]." (Participant 3)

9. Effecten van de negatieve ervaring

9.1. Op persoonlijk niveau

Sommige participanten rapporteerden dat hun ervaringen bij gynaecologische onderzoeken niet als traumatisch werden ervaren en dat deze ervaringen niet lang bleven nazinderen. Een aantal van hen beschreef dat hoewel ze kortstondig last hadden van de gebeurtenis, deze geen blijvende impact op hen had. Deze participanten meldden dat ze snel over de negatieve ervaringen heen waren en deze zagen als een klein onderdeel van hun leven.

"'k Was daar ambetant van één of twee dagen. Ik heb dat een paar keer geventileerd. [...]. Maar 'k heb daar niet van wakker gelegen." (Participant 1)

Anderen gaven aan dat de ervaringen wel een diepgaander effect hadden, vooral op emotioneel vlak. Deze participanten voelden dat hun vertrouwen in (klassieke) medische professionals was geschaad of dat ze angstig waren dat dergelijke ervaringen zich zouden herhalen. Sommigen uitten frustratie en teleurstelling over hoe de ervaringen hun perceptie van zorg en hun verwachtingen van gynaecologische consultaties hadden beïnvloed.

"'t Heeft zo ergens wel ne schrik of zo ook [...] ervoor gezorgd dat er ergens een schrik is van dat dat nog eens zou gebeuren. Of dat ik nog eens die ongemakkelijkheid zou voelen. Dat 'k niet de openheid heb om te praten of om te aan te geven als iets niet oké voelt. [...]. En ergens ook de schrik gegeven. […] Ik vind dat heel jammer hè? [...]. Ik denk dat 'k dat, da's ook zoiets dat je niet rap vergeet of zo. [...]. Dus 'k vind dat heel spijtig dat dat gebeurd is omdat 'k het al zo zwaar vind. En dan denk ik dat hoef ik er echt niet nog eens bij, […] dat was zo de druppel of zo." (Participant 2)

Een aantal participanten vertelden hierbij dat negatieve opmerkingen van de zorgverlener een maatschappelijk oordeel bevestigden (bv. over overgewicht, abortuszorg, seksuele oriëntatie, een keuze voor bewust alleenstaand moederschap) dat ze tot dan toe vreesden. In die zin bevestigde het hen in een eerder negatief mensbeeld, en leidde het soms tot langdurige gevoelens van onzekerheid of schaamte.

"Goh ja, ik wist dat dat kon gebeuren (een preek over abortuszorg). Dat was sowieso al dat 'k denk ja, dat zit allemaal in dat dossier. Maar zij heeft dat gewoon bevestigd dat er dat er ook eigenlijk een reden is hè, om zo soms benauwd te zijn van mensen hun reactie. Sommige mensen geven gewoon bewijs dat dat effectief zo is. 't Is niet, 't is niet omdat gij gek zijt of zo hé, dat je soms denkt dat iemand u een onveilig gevoel of zo gaat geven om u. Dat is gewoon echt omdat mensen dat ook echt soms doen." (Participant 3)

"Ja, ik denk dat dat gewoon een groot stuk was of is was van [...] waarom ik mij schaamde om het feit dat ik dik ben. Want er zijn heel veel [...] dingen in de samenleving die dat doen denken. [...], allee ja, gewoon reclame met modellen, dat zijn altijd magere mensen. Wordt nu al iets beter, maar toch nog steeds erg. [...] Ja, gewoon 1001 dingen waardoor je als je dikker bent het gevoel hebt dat je er niet bij hoort. En ik denk als ik een soort optelsom zou moeten maken van de duizend dingen dat dat bij mij zijn, dan zij daar een heel grote plek in die uitspraak, dat moment, dat onderzoek. [...], was bij mij dan een groot deel van waarom ik mij daarom schaamde." (Participant 6)

9.2. Op niveau van de zorgverlening

9.2.1. Relatie met de zorgverlener

Enkele participanten consulteerden na de negatieve ervaring dezelfde zorgverlener opnieuw. Eén participant consulteert nog steeds dezelfde huisarts, een andere participant uitte dat ze ter opvolging zich verplicht voelde om terug te keren, en hield de interactie beperkt tot het strikt noodzakelijke.

"Alleszins ben ik daarna wel nog terug geweest. 'k Moest wel, want ja, om die resultaten van die camera te bespreken Dan dacht ik: ''k Wil eigenlijk uw hoofd echt niet meer zien'. Maar kijk, ja. En dat was ook echt niet leuk." (Participant 5)

De meerderheid van de participanten gaf aan dat hun vertrouwen in de zorgverlener ernstig was aangetast, wat leidde tot een besluit om nooit meer naar die specifieke zorgverlener terug te keren. Dit werd vaak geuit als een besluit om een gevoel van controle terug in eigen handen te nemen, of als een beschermingsmechanisme om verdere negatieve ervaringen te voorkomen.

"Ik dacht: 'Ik moet zien dat ik dat heb en dan echt lopen en nooit meer terugkomen.' […] Daar heb ik nooit meer terug naar… zelfs niet voor een maagontsteking, niks, niet meer. Ik wou niet meer daar binnenkomen. Als ik daar voorbijliep, kreeg ik ook zo'n beetje zo'n 'ugh' (gevoel). […] De rest moest ik niks meer van die mens, of vragen of zelfs geen andere klachten. […] Het besluit was dan: 'Ik ga nooit nog naar die dokter. Ik kan doodvallen en ze gaan die halen, maar niet den dienen. Laat mij maar sterven'. Dus dat was dan mijn manier om een beetje die controle of die macht terug te voelen" (Participant 4)

In sommige gevallen deelden participanten dat zij andere potentiële patiënten actief afraden om naar bepaalde zorgverleners te gaan, gebaseerd op hun eigen negatieve ervaring.

9.2.2. Een andere zorgverlener

Sommige participanten consulteerden hun vertrouwde zorgverlener wanneer deze beschikbaar was, terwijl anderen besloten om een nieuwe zorgverlener te zoeken. Een aantal van hen benadrukte het belang van het voelen van veiligheid en vertrouwen bij hun keuze voor een nieuwe zorgverlener, wat hen leidde tot het actief zoeken naar alternatieven die een meer empathische en respectvolle benadering boden.

"Daarom heb ik ook gewacht totdat die andere gynaecologe terug was. 'k Heb echt gebeld: 'Is zij al terug?' 'Ja, ja, ja, ja. Zij begint terug consultaties vanaf…'. Ik zeg: 'oké, dat moogt ge mij inplannen.'" (Participant 2)

"En een paar dagen later [...] was ik dan op aanraden van een vriendin naar een andere gynaecoloog gegaan hier bij mij thuis. [...], dus niet meer in [stad in Oost-Vlaanderen], maar in [gemeente in Vlaams-Brabant]. En dat was een heel lieve vrouw die bij elk ding wat ze deed van: 'Mag ik u onderzoeken?' En dan stelde zij altijd de vraag of ik dat wilde. [...]. En dan was dat niet zo van ik ga dat nu doen. [...]. Dus alleen al daarom." (Participant 6)

9.2.3. Het niet opvolgen van een medisch advies

Eén participant koos ervoor om het gegeven medisch advies niet op te volgen na de negatieve ervaring. Dit kwam voort uit een gevoel van wantrouwen over de kwaliteit van het advies.

"Allee echt, zo een gefundeerd medisch advies heb 'k ik nooit in de wind te slaan hé. Maar 't was, en 't was ook met ne zucht azo van pff [...] Hij wist, hij wist het gelijk ook niet goed. 'k Had ook zo de indruk van ja, hij wou er zo komaf mee maken, 't verliep zo niet zoals zijn gedacht hé." "Ik heb zijn advies in de wind geslagen. [...] en k heb efkes [...] een maandje gesukkeld hè?" (Participant 7)

9.2.4. Het uitstellen van zorg

De helft van de participanten stelden medische zorg uit als gevolg van de negatieve ervaring. Eén participant koos ervoor om de zorg uit te stellen tot de vaste gynaecoloog beschikbaar was, een andere tot een door andere zorgverleners aanbevolen gynaecoloog startte. Een participant meldde eveneens meer dan een maand gewacht te hebben met het nemen van de voorgestelde medicatie. Twee participanten hadden op het moment van het interview, in beide gevallen een kleine tien jaar na de negatieve ervaring, geen gynaecologisch consult meer ingepland ondanks een medische indicatie of expliciete verwijzing hiertoe. Hierbij was een algemene terughoudendheid na de negatieve ervaring grotendeels verantwoordelijk, maar speelden praktische factoren ook mee.

"Het heeft mij onder andere beïnvloed dat ik niet meer tot, niet meer bij de gynaecoloog geweest ben. [...]. Maar 'k weet het, ik zeg dat ook, dat is de kop in het zand steken." (Participant 8)

9.2.5. Drempels in zorgverlening

Veel participanten ervoeren een hogere drempel in zorgverlening na de negatieve ervaring. Meerdere participanten benoemden kieskeuriger en voorzichtiger te zijn geworden bij het kiezen van

zorgverleners: ze geven de voorkeur aan bekende zorgverleners en zijn huiverig om over te stappen naar iemand nieuw, ook met het oog op de toekomst. Eén participant benoemt grondig onderzoek te doen van potentiële nieuwe zorgverleners via hun websites. Een andere persoon meldde dat ze bij een volgende, niet-gynaecologische klacht ver buiten het eigen woongebied reisde expliciet om niet terug dezelfde zorgverlener te moeten consulteren. Tot slot is er ook een participant die het opvragen van het medisch dossier ervaart als een drempel bij het consulteren van een nieuwe hulpverlener, uit angst om opnieuw beoordeeld te worden op basis van haar medische voorgeschiedenis.

"En ergens ook de schrik gegeven [...] als ik nu bij iemand anders zou gaan, dat dat weer gaat gebeuren. Dus ik voel mij heel veilig, heel goed bij de gynaecologe waar ik nu altijd bij ga. Maar dan is ze, want ik was zelfs al aan denken als ik ooit zwanger ben, dan wil ik bij die blijven gaan. Dus zo ja, ja zo wel wat schrik om nu nog iemand anders [...] om bij een andere gynaecoloog te gaan." (Participant 2)

Daarentegen benoemen een aantal participanten dat hun drempel tot het vragen van gynaecologische zorg niet verhoogd is, bij een gekende en vertrouwde zorgverlener.

10. Aanbevelingen vanuit een patiëntenperspectief

Wat volgt zijn een aantal aanbevelingen van de participanten om de ervaring van een gynaecologisch klinisch onderzoek te verbeteren. Hierbij beoogden zij zowel retroactief de situatie die zij ervoeren, als gynaecologische onderzoeken in het algemeen. Hierbij werd expliciet gevraagd out-of-the-box te denken, en de realiteit met zijn beperkende factoren niet mee te rekenen.

10.1. M.b.t. de zorgcontext

10.1.1. De consultatieruimte en sfeer

Meerdere participanten benadrukten het belang van een afgescheiden plaats voor het omkleden, om privacy en comfort te waarborgen. Dit zou helpen bij het gevoel van geborgenheid tijdens het onderzoek. Voor een andere participant was een kleedhokje niet belangrijk, maar een afzonderlijke stoel om de kledij op te kunnen leggen. Anderzijds kwam de wens naar een separate indeling m.b.t. bureau en onderzoekstafel aan bod, waarbij de onderzoekstafel bij voorkeur niet gericht was naar de deur, om de angst op het binnentreden van iemand verkleind werd. Daarnaast werd door één participant de afstand tussen de omkleedruimte en de onderzoekstafel als een punt van ongemak benoemd; een kortere afstand zou de ervaring minder ongemakkelijk maken.

Een groot deel van de participanten benoemden de wens naar een minder klinische en meer huiselijke, zachte sfeer. Minder felle verlichting en minder kille ruimtes werden door meerdere participanten voorgesteld, waarvoor suggesties werden gedaan als muziek, zachte kleuren en persoonlijke elementen van de arts. Eén participant verkoos juist de klinische, steriele sfeer omdat de indruk van proper zijn wekt en ze deze nastreeft bij een zorgverlener waar ontkleding verwacht wordt. Daarnaast was fel licht voor haar geassocieerd met een grondiger klinisch onderzoek. Een andere participant wenste voor het bureaugedeelte een huiselijke sfeer, maar sloot ze zich voor het onderzoekgedeelte aan bij de participant die een steriele sfeer prefereert.

"Dat is gewoon echt dat dat eens gezelliger of warmer is, aangenamer, zacht. Veel zachter, gewoon zachter, zachter. Dat is zo heel de tijd een woord dat ik zo blijf denken van: 'dat moet gewoon rustiger zijn en gewoon, zoals ze zijn, wat ontspannender.' [...]. Dat toch wel echt de, dat hoort gewoon bij dat stukje van ons lichaam of zo, dat dat op die manier gelijk behandeld wordt en niet als zo: 'Ah ja, hier is een kille ruimte. Ja, we weten ook niet wat we ermee moeten doen.'" (Participant 3)

Eén participant expliciteerde de wens tot afwezigheid van een tijdsklok, een andere suggereerde een mandje met hygiënisch materiaal. Een participant met een fysieke beperking beval een toegankelijke ruimte aan, met plafondlift. Twee participanten, zowel met als zonder fysieke beperking, zouden in een ideale context een gynaecologisch onderzoek thuis ondergaan.

10.1.2. De gynaecologische stoel en het instrumentarium

Meerdere participanten stelden de ergonomie van de gynaecologische stoel in vraag. Men vroeg zich af of er een comfortabeler alternatief mogelijk was. Dit werd ondersteund door een participant die voorstelde om de huidige gynaecologische stoelen te vervangen door standaard onderzoekstafels, zelfs als dit het werk van de arts zou bemoeilijken. De suggestie werd gemaakt dat een meer aangepaste opstelling, waarbij de patiënt meer keuze heeft in hoe zij gepositioneerd zijn, het comfort tijdens het onderzoek zou kunnen verhogen.

"Dus ik moest mij in zo van die dingen gaan leggen, met mijn benen open. Allee gelijk dat je dat moet doen. Zo de meest onhandige positie, waar ik ook hoop dat er iemand mee komt, met een beter toestel voor ons om op te liggen. Want ik kan me voorstellen dat dat zeker mogelijk is." (Participant 4)

Een participant voegde toe dat het nuttig zou zijn als patiënten konden zien wat er gebeurt tijdens het onderzoek, en overwoog de wens naar een spiegel om mee te kunnen kijken.

Enkele participanten uitten hun ongenoegen over het speculum, omdat deze als zeer oncomfortabel en zelfs pijnlijk ervaren wordt. In een ideale wereld werd de voorkeur gegeven aan het niet meer gebruiken van dit instrument. Een participant suggereerde verbeteringen voor het gebruik van de eendenbek, zoals het aanbrengen van glijmiddel of het opwarmen ervan om de ervaring aangenamer te maken. Daarnaast werd door een participant positief gereageerd op het gebruik van een kleiner formaat speculum, wat als een openbaring werd beschouwd wanneer het standaardformaat ongeschikt was.

"Allee, het was een openbaring als, als de gynaecoloog tegen mij zei: 'Ah ja, maar ja, 'k ga hier een ander speculum pakken. Ik heb nog een kleiner formaatje. We gaan gewoon dat nemen als het daarmee lukt.'" (Participant 7)

10.1.3. De kledij of mate van ontbloting

Een aantal participanten heeft suggesties gegeven over de kleding die door de patiënt gedragen wordt tijdens een gynaecologisch onderzoek. Eén participant suggereerde dat het nuttig zou zijn als patiënten voorafgaand aan de afspraak advies krijgen over geschikte kleding, wat kan bijdragen aan een comfortabeler gevoel. De suggestie werd gegeven om een zacht jasje beschikbaar te stellen in de praktijk.

"Zo, die kledij anders? Dat ge ofwel dat ge zo: 'Dit is je afspraak bij de gynaecoloog. Wat doe je aan?' Dat ge zo ietske, iets zo wel weet van ik ga dit aandoen of zo dat ge toch wat comfortabeler zijt. Dat ze u dat misschien wat meer zeggen of dat er daar gewoon iets, iets is dat zo een beetje aangenamer is om dat dat er gewoon iets hangt: een jas, een jasje, of zoiets. Iets dat een beetje zacht is, iets dat zo wat aangenamer is. K Denk dat dat wel fijn zou zijn." (Participant 3)

Een andere participant uitte bezorgdheid over het volledig moeten uitkleden bij sommige artsen, wat als onnodig en zelfs als denigrerend wordt ervaren. Deze participant gaf de voorkeur aan het behouden van zoveel mogelijk kleding tijdens het onderzoek, zoals het aanhouden van een bh, en benadrukte dat volledige ontkleding zelden nodig is en als kwetsend kan worden ervaren. Iemand anders suggereerde dat handdoeken beschikbaar zouden moeten zijn om patiënten toe te staan zichzelf te bedekken tijdens het wachten of verplaatsen binnen de ruimte. Dit zou bijdragen aan een gevoel van waardigheid en zelfcontrole.

10.1.4. Voorbereiding en context

Sommige participanten benadrukten het belang van vooraf geïnformeerd worden, vooral wanneer er een andere gynaecoloog betrokken zou zijn dan normaal. Dit zou hen helpen om zich mentaal voor te bereiden en relevante vragen klaar te hebben voor het consult. In de andere richting suggereerde een participant ook dat de zorgverlener op voorhand geïnformeerd kan worden (bv. door de huisarts) over bepaalde relevante triggers van de patiënt, waaronder negatieve seksuele ervaringen.

De algemene voorkeur ging uit naar een consultatie zonder tijdsdruk, waarbij er voldoende tijd is om alle zorgen van de patiënt te bespreken. De tijd en rust nemen voor een consultatie werd ook als cruciaal beschouwd. Een participant suggereerde dat fertiliteitsgerelateerde vragen niet tussen gewone consultaties door behandeld zouden moeten worden. De algemene voorkeur ging uit naar een consultatie zonder tijdsdruk, waarbij er voldoende tijd is om alle zorgen van de patiënt te bespreken.

"De beste voorbereiding leidt tot de goeie resultaten, maar heel zelden wordt er maar naar u geluisterd." (Participant 8)

Tegelijk meldde een participant ook dat hoewel de context voldoende tijd vereist, het gynaecologisch onderzoek zelf niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk.

"Ik denk dat je dan toch iets aan 't doen zijt dat het nodige respect vraagt of de nodige rust, ook het nodige respect. Je doet dat, dat is niet fijn, probeer dat dan ook zo kort mogelijk te houden, denk ik dan. En ge laat dat ook niet langer zitten dan dat moet." (Participant 7)

10.2. Voor zorgverleners

10.2.1. M.b.t. communicatie

De participanten benadrukten unaniem het cruciale belang van duidelijke communicatie door zorgverleners tijdens een gynaecologisch onderzoek.
Enkele participanten wezen op de noodzaak van een aanvankelijk gesprek om een vertrouwensrelatie te vestigen, waarin de patiënt zich vrij voelt om zijn of haar zorgen en verwachtingen te delen. Een respectvolle benadering, waarbij de zorgverlener open en eerlijk communiceert, wordt gezien als onontbeerlijk voor een positieve ervaring. Dit omvat het

beantwoorden van vragen, het betrekken van de patiënt bij beslissingen, en het aanpassen van de behandeling aan de persoonlijke situatie en behoeften van de patiënt.

"Eerst een gesprek, denk ik dan. 'k Vind dat toch wel nog altijd, allee, ik denk dat, voor een gynaecoloog is het onderzoek heel belangrijk, maar als patiënt is het gesprek op voorhand van waarom worden dingen gedaan of [...] ja, waarom is het belangrijk bijvoorbeeld dat je vaker komt. […] 't Is zo, die geruststelling of zo. [...]. Het vertrouwen krijgen in uw gynaecoloog " (Participant 2)

Een groot deel van de participanten vond het essentieel dat ze op voorhand geïnformeerd worden over wat er gaat gebeuren bij het onderzoek, wat hen in staat stelt om zich mentaal voor te bereiden. Dit moet zowel voor als tijdens de procedure gebeuren, waarbij elke stap duidelijk wordt uitgelegd. Dit geeft hun een gevoel van veiligheid en stelt hen in staat om beter te begrijpen en te reageren op de handelingen van de gynaecoloog.

"Zeker ook uitleg geven hé. Alles wat dat je doet ook [...]. Nee, ik zeg, dat moet geen verhandeling zijn? Maar toch wel elke stap die je doet en elke stap die je zet en wat er kan [...] gebeuren. Allee en als er, ook zeggen van: 'Kijk, als het ongemakkelijk voelt, zeg het dan heel duidelijk'. Zeggen ook aan de patiënt van: 'Je mag de grens…' Ja." (Participant 1)

Andere participanten gaven aan dat het belangrijk was dat de zorgverlener gedurende de hele procedure spreekt, wat hen helpt om minder gefocust te zijn op eventuele ongemakken. Communicatie wordt gezien als een middel om de patiënt gerust te stellen door bv. te bevestigen dat bepaalde sensaties normaal zijn, en geeft patiënten de ruimte om te reageren of vragen te stellen.

"En toch dat ge die geruststelling krijgt. Of van hé: 'Dit zou je moeten voelen of dit kunt ge nu ervaren.' Dat geeft dan al de geruststelling dat als ge dat voelt, dat ge beseft dat dat niet abnormaal is, dat ge dat voelt. [...]. Want ja, ge weet ook niet altijd wat dat ge moet verwachten." (Participant 2)

Sommige participanten benadrukten het belang van het respecteren van de grenzen van de patiënt. Patiënten willen dat zorgverleners duidelijk hun intenties en acties uitleggen en toestemming vragen voor elke stap. Dit geldt extra bij pijn of ongemak, waarbij zorgverleners worden aangemoedigd om te verifiëren of de patiënt wil doorgaan of dat aanpassingen nodig zijn.

"En misschien zo eerder nog een soort van signaal of zo afspreken. Allee van als gij merkt dat echt niet oké is dat die gewoon moet stoppen of zo. […] En dan gehoord voelen vooral. Maar ja, dat gehoord voelen dan hoort dan ook wel een beetje bij dat deel van dat onderzoek denk ik als gij zegt auw het doet echt mega veel pijn. Je moet gewoon luisteren. Ja [...] vooral die twee elementen denk ik hoor. Ik denk dat dat gewoon al een wereld van verschil is." (Participant 5)

Eén participant benoemde dat het fijn is om als patiënt een vangnet te krijgen voor na de consultatie.

"Misschien is het ook wel fijn om te horen. Allee ik vind dat altijd als 'k ik wegga bij de gynaecoloog. [...] dan wordt er wel nog ne keer gezegd als er iets is of ge maakt u zorgen tussendoor of ge hebt nog vragen, laat het maar weten. Dat […] er nog ruimte is als er achteraf iets zou zijn dat je nog kunt terugkomen." (Participant 7)

Tot slot wordt als cruciaal deel van communicatie de vaardigheid ‘luisteren’ benoemd en vertrouwen op wat de patiënt aangeeft.

“Luisteren en durven luisteren. En niet altijd vanuit de andere kant te denken: ‘Ik weet het wel’. Als arts ook van: ‘Zeg, ik ben hier wel degene die zes jaar gestudeerd heeft’. Dit, daar gaat het niet over hé. Durven luisteren. En durven toch geloven dat mensen zoals wij, die al 45 jaar veertig jaar dit leven leiden, die wel weten hoe het, anders komen wij niet verder hé.” (Participant 8)

Een participant vat het samen:

“Ja, het is, de essentie is gewoon: ‘t gaat echt om zorg. ‘t Gaat echt om het gesprek.” (Participant 3)

10.2.2. M.b.t. inleving door de zorgverlener

Een aantal participanten merkte op dat het belangrijk is dat zorgverleners zich proberen in te leven in de vaak kwetsbare positie van de patiënt. Het idee werd geopperd dat medische professionals, waaronder toekomstige huisartsen en gynaecologen, zelf zouden moeten ervaren hoe het is om in de gynaecologische stoel te liggen. Dit zou hen helpen begrijpen hoe een patiënt zich voelt tijdens een onderzoek.

Sommige participanten benadrukten dat zorgverleners zich moeten realiseren dat een bezoek aan hen voor een gynaecologisch onderzoek voor veel mensen een ongemakkelijke ervaring kan zijn en dat een aangepaste en respectvolle behandeling vereist is. Hierbij opperde men dat zorgverleners zich bewust zijn van de prioriteiten en wensen van hun patiënten en niet enkel de artsenagenda dienen na te streven, en dat men zich als zorgverlener bewust moet zijn van de bovengenoemde machtspositie die je als zorgverlener bekleedt.

“Allee, ‘k heb gewoon het idee dat als ge gynaecoloog zijt, moet gewoon rekening houden dat dat voor heel veel mensen één ongemakkelijk is en dat je dat met respect moet behandelen. Dat ge die persoon ook met respect moet behandelen omdat ‘t soms al veel vraagt om bij een gynaecoloog te gaan.” (Participant 2)

“Dus dat je je daarvan bewust bent, want jij doet dat 10, 20 keer op een dag. Maar voor die mensen is dat wel altijd, zij maken dat maar één keer om het jaar mee, of om de, of het is de eerste keer in hun leven dat ze het meemaken. Dus dat je je altijd bewust bent van voor mij is het normaal, maar voor die persoon die voor mij zit is dat niet normaal. Dus dat je elke keer, ook al zeg jij het dan voor de duizendste keer, bepaalde dingen van, altijd die toestemming vragen. Altijd uitleggen waarom je een bepaald onderzoek doet, altijd naar de voorgeschiedenis vragen. Dat spreekt voor zich natuurlijk. [...] ja, dat je elke patiënt ook benadert als: dat is voor die persoon geen alledaagse gebeurtenis om naar de gynaecoloog te gaan [...], dus dan ga ik dat ook zo. [...] benaderen of zo?” (Participant 6)

Enkele participanten brachten een concept aan van een ‘geïnformeerde inschatting’ die je als zorgverlener kan maken om aangepaste zorg te leveren.

“Als je bijvoorbeeld al tien jaar naar dezelfde huisarts gaat. [...] sommige mensen [...] allee, sommige huisartsen kennen dan misschien hun patiënten wel en kennen hun pappenheimers en weten van da's iemand die kleinzerig is, da's iemand die goed tegen pijn kan. Da's iemand die altijd als die pijn heeft, dat gaat onderschatten of dat gaat overschatten. En dat je daar rekening mee houdt. Dat als iemand zegt nee, nee, cava wel, het doet echt niet zo'n pijn, dat je weet ja, maar ja, t is patiënt X die dat zegt.

Die heeft waarschijnlijk wél pijn, maar die zegt dat gewoon niet. [...]. Dus dat [...] is belangrijk denk ik dat je dan inschat als arts van: 'Oei, maar [...] ja op een geïnformeerde manier inschat van wat zegt die patiënt mij eigenlijk en hoe moet ik daarop reageren als arts?' " (Participant 6)

Hierbij verduidelijkte de participant dat als de zorgverlener de patiënt nog niet kent, een geïnformeerde inschatting begint bij het stellen van vragen.
Een andere participant waarschuwde hierbij dat patiënten vaak een "masker" opzetten en zich anders voordoen dan ze zich voelen. Er werd voorgesteld dat zorgverleners zich bewust moeten zijn dat patiënten, en dan vooral vrouwen, vaak leren zich aan te passen en dat dit hun gedrag tijdens het onderzoek kan beïnvloeden.

Één participant benadrukte het belang van zelfbewustzijn bij zorgverleners, vooral met betrekking tot hun eigen vooroordelen en het perspectief van waaruit zij hun patiënten bekijken. Dit zelfbewustzijn is cruciaal om te voorkomen dat persoonlijke vooroordelen de zorg beïnvloeden. Hierbij vond men het ook belangrijk dat zij professioneel omgaan met hun eventueel eigen ongemak.

"Ik denk dat ik het vooral belangrijk vind dat er ruimte mag zijn voor dat dat niet leuk is. Maar het is vooral niet leuk voor òns. En ik vind dat je als dokter, ja, deal with it, het is jouw job. En erken dat het voor ons niet leuk is. En het gaat niet om uw ongemakkelijkheid, dat is uw probleem. En daar moet ge echt professioneel mee leren omgaan. Mijn ongemakkelijkheid moet gij ook professioneel mee omgaan, moet ge erkenning voor geven en moet ge begrip voor tonen. Want ik lig daar in de meest kwetsbare positie. Jij steekt daar iets ijzerig in mij en niet andersom. Dus deal met uw eigen ongemakkelijkheid. En je kunt dat het best doen door het gewoon goed te benoemen, ook voor jezelf. Ja, daar wil ik niet mee bezig zijn." (Participant 4)

10.3. Voor zorgvragers

De participanten gaven aanbevelingen voor zorgvragers die zich voorbereiden op een gynaecologisch onderzoek. Enkele participanten benadrukten het belang van het kiezen van een gynaecoloog op basis van aanbevelingen van vertrouwde personen zoals familieleden, waarbij ze benadrukte dat men iemand moet kiezen bij wie men zich veilig voelt. Andere participanten zeiden dat van zorgverlener wisselen geen drempel zou mogen zijn als het niet goed voelt. Eén participant suggereerde dat het belangrijk is om altijd bij dezelfde gynaecoloog te blijven als dat mogelijk is, om een vertrouwensband op te bouwen.

Meerdere participanten raadden aan om een vertrouwenspersoon mee te nemen, vooral tijdens het eerste gynaecologische onderzoek, om ondersteuning te bieden en te helpen bij het communiceren met de gynaecoloog als de zorgvrager zich ongemakkelijk voelt.

Een aantal participanten benadrukten het belang actief betrokken te zijn en niet te bang zijn om vragen te stellen over de nood en de aard van het onderzoek, zowel voor, tijdens als na het onderzoek. Zij moedigden aan om alle vragen te stellen die men heeft, vooral omdat bezoeken aan de gynaecoloog niet frequent zijn.

"Opnieuw dat je durft om al die dingen te bevragen als ze het niet zeggen. [...]. Dus als dat, dat ze iets doen waar dat je niet van weet: 'Waarom gebeurt dat?' [...], dat ge daar ook direct op, ja, dat ge dat ook direct communiceert." (Participant 8)

Tot slot riep één participant niet enkel de zorgverlener, maar ook de zorgvrager op, om zich bewust te zijn van de ongelijkwaardige positie waarin men zich bevindt als patiënt.

"Ja, ik denk vooral datgene van [...], da's ook wetenschappelijk bewezen hè, van iemand in een witte jas. Daar gaan mensen veel sneller iets van aannemen dan iemand die dat niet draagt. Dus [...], ik geloof in de wetenschap, het is niet dat ik zo niet geloof in geneeskunde of zo, maar [...] ja, gewoon niet elke dokter is een goeie dokter. Dus [...], t is goed om dat als patiënt te weten, want 't is niet omdat iemand in een witte jas mij iets zegt dat die gelijk heeft. En [...]. T is niet. Omdat ik dat zie als een autoritair figuur, of nee, als een figuur. Met autoriteit bedoel ik [...], dat die ook echt dat alles wat ie zegt waar is en dat ik dat 100% altijd moet opvolgen. [...]. 'k Denk: er zijn goeie psychologen en slechte psychologen. Er zijn goeie [...] architecten en slechte architecten is dan ook goeie dokters en slechte dokters. [...]. [...]. Dus da's goed om als patiënt te weten. En als je echt voelt van ik ben hier totaal niet tevreden en ik ben niet geholpen. Dan moet je daar ook niet blijven." (Participant 6)

Discussie

1. *Negatieve ervaringen in het licht van gynaecologisch geweld*

De negatieve ervaringen die in deze studie beschreven werden bij het gynaecologisch onderzoek omvatten: ongepaste en vernederende opmerkingen, veroordeling door de zorgverlener, een gebrek aan communicatie, een onderzoek voeren zonder informatie en toestemming, het overschrijden van de fysieke grenzen, het pijnlijk vaginaal onderzoek, het niet rekening houden met pijn, een gebrek aan respectvolle zorg, het niet serieus nemen van klachten, een gebrek aan privacy en het onthouden van zorg aangepast aan de fysieke toestand van de patiënt.

De term 'gynaecologisch geweld' is bewust niet gebruikt bij de participanten: enerzijds is het een rechtstreeks gevolg van het gebrek aan een uniforme definitie, anderzijds was het een bewuste keuze om niet louter zeer extreme gebeurtenissen van gynaecologisch geweld te beschrijven. Het ontbreken van een definitie en gesprek met de participant over gynaecologisch geweld, doet twijfelen aan het mandaat dat de onderzoeker heeft om de ervaringen te categoriseren als gynaecologisch geweld. Tegelijk stelt de FEMM-studie dat vrouwen die slachtoffer zijn van gynaecologisch geweld vaak moeite hebben om dit als zodanig te benoemen en te begrijpen (10).

Wanneer wij de ervaringen echter toetsen aan de vormen van gynaecologisch geweld zoals in de inleiding beschreven door o.a. Oliveira et al. (17,18), de beschrijvingen gebruikt in het Belgische en Europese rapport (10,11) en de toch grondig verwoorde definitie uit de Venezolaanse wettekst (3,4) vallen elk van deze events duidelijk te benoemen als gynaecologisch geweld. Zowel verbaal als fysiek geweld komen aan bod, evenals nalatigheid, een gebrek aan respect, het voeren van een medisch onderzoek zonder toestemming en een gebrek aan privacy (10).

Hierbij stellen we vast dat een groot deel van de participanten de ervaring beleefden als prille twintiger. Hierbij kan men zich afvragen of jonge, minder gynaecologisch ervaren vrouwen – soms virgo – meer at risk zijn voor gynaecologisch geweld. In de literatuur wordt notie gemaakt dat een jonge leeftijd gerelateerd is met meer kans op het ervaren discomfort tijdens het onderzoek (25). Verder onderzoek, onder meer kwantitatief, is uiteraard noodzakelijk om dit verder te toetsen.

De participanten erkenden zelf factoren die de ervaringen mogelijks mee beïnvloed hebben, waaronder gynaecologische aandoeningen zoals vulvodynie en endometriose, maar ook overgewicht en een fysieke beperking. Een keuze voor abortus, een fertiliteitstraject en persoonsgebonden factoren beïnvloedden mee de emotionele lading die het consult kreeg. In de literatuur worden mentale gezondheidsproblemen, een voorgeschiedenis van seksueel misbruik en een ontevredenheid met het seksueel leven eveneens beschreven als factoren die de kans op een negatieve ervaring vergroten (25).

2. *Emotionele en fysieke beleving van het gynaecologisch onderzoek*

Er heerst de algemene consensus onder de participanten dat een gynaecologisch onderzoek doorgaans als iets oncomfortabels wordt ervaren. Ze gaven aan dat het belangrijk is dat er ruimte moet zijn om het niet leuk te mogen vinden. Vrouwen voelen zich vaak kwetsbaar, en niet zelden gaat er schaamte gepaard met het naakt zijn, wat ook bevestigd wordt in de literatuur (26) en het

rapport van de Senaat (11). Onderzoek toont aan dat het gynaecologisch onderzoek één van de meest angst-inducerende medische procedures kan zijn (27). Het is dan ook niet verbazend dat de participanten als coping een dissociatie tussen hoofd en lichaam beschrijven, wat ook in ander onderzoek beschreven wordt (28).

Dit bevestigt de bevindingen uit het persartikel 'Waarom gynaecologische onderzoeken vaak zo k*t zijn' van De Correspondent, waarin de auteur Françoise Molenaar een enquête via sociale media verspreidt onder Nederlandse respondenten (29). 41% ervaart het gynaecologisch onderzoek als beschamend, 44% als pijnlijk en 23% als traumatisch. 10% gaf aan ooit ongepaste vragen of opmerkingen te hebben ontvangen tijdens het onderzoek en 3% ervaarde zelfs seksuele intimidatie (29). De enquête nam ze over van de Israëlische Briah Foundation, die gelijkaardige cijfers behaalde op de 6508 respondenten (30). Reeds in 1983 verscheen in Huisarts & Wetenschap een onderzoek waar participanten aangaven dat het een beladen onderzoek is, maar zelden als bijzonder negatief ervaren wordt (31). In 40 jaar is er echter veel veranderd: men neemt afstand van het paternalistisch zorgmodel, en streeft vandaag een zorgmodel na waarin *patient-empowerment* en *shared decision making* centraal staan (32). Ook de positie van de vrouw is sterk geëvolueerd.

Samenvattend: het gynaecologisch onderzoek is vaak een beladen en fragiel moment. Wanneer het onderzoek als negatief ervaren werd, beschrijven participanten een spectrum aan emoties: ze voelen zich beschaamd, beoordeeld, schuldig, vernederd, verward, angstig of boos. Fysiek was het beschreven onderzoek ongemakkelijk tot pijnlijk. Het resultaat was niet zelden een gevoel van onveiligheid, wat zich frequent vertaalde in een fight-flight of freeze respons. Dit is een in de psychologie uitvoerig beschreven copingstrategie bij stress (33), wat mee aantoont dat de participanten meer dan een louter 'onaangenaam' onderzoek ondergingen.

Na het onderzoek voelden participanten zich gefrustreerd, teleurgesteld, boos of verdrietig. Bij sommige participanten drongen de emoties pas een paar dagen later door.

3. Context van ongelijkwaardigheid en afhankelijkheid

Meerdere participanten spraken spontaan over een ongelijkwaardige verhouding in de zorgrelatie tussen arts en patiënt. De meeste vrouwen ervoeren een machtsdynamiek, waarbij ze zich in een ondergeschikte en soms onderdanige positie bevonden. Patiënten voelden zich onderworpen aan een onderzoek -wat een erg passieve houding impliceert- bij een arts met een eerder autoritaire rol. Deze asymmetrie in de arts-patiënt interactie is reeds sinds de jaren 1950 een gekend fenomeen, onderhevig aan de dynamieken van de tijd (34). Participanten vonden het belangrijk dat zowel patiënten als artsen zich hiervan bewust zijn.

Daartegenover staat dat participanten ook vertelden zich afhankelijk te voelen van de arts: ze zijn op consultatie omdat ze zorg nódig hebben. Zij hebben de arts nodig – voor een behandeling, voor informatie over hun gezondheid - maar omgekeerd heeft de arts de patiënt niet nodig. Dit zorgt voor een onevenwicht met de patiënt in een ondergeschikte rol, waar een reële drempel is om grenzen aan te geven, uit angst dat het ten koste gaat van de noodzakelijke zorg.

4. Effecten van gynaecologisch geweld

De gevolgen van de negatieve ervaringen varieerden aanzienlijk bij de participanten. Het had echter bij elk van de participanten negatieve repercussies, die verder strekten dan de consultatie zelf. Voor sommige participanten waren er emotionele gevolgen, zoals een wantrouwen in medische professionals en een angst voor herhaling van een dergelijk onderzoek. Wanneer er ongepaste en kwetsende opmerkingen gemaakt werden, was dit vaak de bevestiging van een gevreesd maatschappelijk oordeel, wat de zorgvrager vaak nog lang met zich meedraagt. Dit ligt in de lijn met studies die de negatieve effecten van misbruik in de gezondheidszorg onderzoeken, dewelke soms verregaande gevolgen waaronder het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (19).

M.b.t. de zorgverlening resulteerde de negatieve ervaring meestal in het besluit om niet terug te keren naar dezelfde zorgverlener, een enkeling volgt het gegeven medisch advies niet op. De participanten winnen vaak een nieuw advies in bij een andere arts, anderen stellen de zorg uit en een laatste groep vermijdt gynaecologische zorg in zijn totaliteit. De literatuur bevestigt deze laatste twee bevindingen (27). De drempel voor toekomstige zorgverlening is duidelijk hoger na een dergelijke ervaring.

Er kan zo gesteld worden dat de effecten niet enkel negatief tot potentieel gevaarlijk zijn voor de zorgvrager, maar dat er ook een maatschappelijk negatieve impact is. Het creëert nl. vrouwen die hun gynaecologische gezondheid niet opvolgen (bv het niet meer uitvoeren van uitstrijkjes, het te lang afwachten van een gynaecologische klacht, …), met een mogelijks minder gezonde populatie tot gevolg. Wanneer de zorgvraag wel gesteld wordt is er frequent een minder open en meer wantrouwige attitude jegens de zorgverlener of de klassieke geneeskunde, wat het leveren van kwaliteitsvolle zorg bemoeilijkt. In de literatuur deelt men de angst dat de negatieve ervaringen significante gezondheidsproblemen tot gevolg kunnen hebben (27).

5. Belang van communicatie en een geïnformeerde toestemming

De communicatie tijdens het onderzoek was voor de meerderheid van de participanten het punt waarop het fout liep. Reeds in de Huisarts & Wetenschap studie in 1983 meldden Nederlandse vrouwen dit als een belangrijke reden voor het negatief verlopen van een onderzoek (31). Non-verbale cues van haast of onpersoonlijkheid konden bijdragen tot een gevoel van onbehagen bij de participanten. Wat betreft verbale communicatie waren de participanten het unaniem eens dat dit voor hen de essentie is van een goed gynaecologisch onderzoek: allen wensten ze heldere en niet-oordelende communicatie voor, tijdens en na het onderzoek over wat er wanneer en waarom te gebeuren staat. Dit sluit aan bij de bevinding van de studie van de Briah Foundation waarin vrouwen aangaven dat de communicatie van arts naar patiënt het belangrijkste aspect is in het gynaecologisch onderzoek (30). In België ontwikkelde Rebelle vzw hiertoe een infobrochure voor patiënten om hen te informeren over een routineonderzoek bij de gynaecoloog, specifiek gericht op vrouwen in een maatschappelijk kwetsbare positie die botsen op een taalbarrière of beperkte gezondheidsvaardigheden (35).

De participanten achtten het belangrijk de communicatie aan te passen op maat van de zorgvrager, en hierbij rekening te houden met diens context. Enkele participanten formuleerden spontaan een concept van een ‘geïnformeerde inschatting’ die de zorgverlener kan helpen om de communicatie

aan te passen naar wie men voor zich heeft. Voorbeelden hierbij zijn open vragen als: 'zijn er zaken waar ik rekening mee kan houden?' en polsen naar voorgaande negatieve (seksuele) ervaringen, het al dan niet virgo zijn, het al dan niet al eerder een gynaecologisch onderzoek meegemaakt hebben. Een persoonsgerichte, zachte en zorgende aanpak zijn voor velen belangrijk, met het oog op zich veilig en gehoord voelen. Dit sluit aan bij de sensibilisering die de NHG doet voor 'gynaecologisch onderzoek in beladen situaties', een praktijkrichtlijn die men opstelde i.k.v. het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hierin stelt met dat vaginisme, genderdysforie, een negatieve seksuele ervaring, negatieve ervaringen met eerder gynaecologisch onderzoek of rondom zwangerschap/bevalling impact kunnen hebben op de beleving van het gynaecologisch onderzoek daar deze als triggerend kunnen ervaren worden (36). Andere studies naar 'trauma-informed care' bevestigen de nood aan screening naar angst of trauma (27), het minimaliseren van discomfort en het maximaliseren van autonomie (37).

Toestemming wordt door vele participanten erkend als een cruciaal deel van het onderzoek. Des te meer omdat het aangeven van grenzen tijdens het gynaecologische onderzoek ervaren wordt als moeilijk. o.a. omwille van de eerdergenoemde kwetsbaarheid, maar ook omdat ze bemerkten dat grenzen zich op een continuüm bevinden waarbij men als zorgvrager vaak stukje bij beetje opschuift en zelf niet steeds bewust is van waar die grenzen liggen. Het is erg belangrijk dat de zorgvrager ruimte krijgt om grenzen aan te geven, én dat hiernaar geluisterd en gehandeld wordt. De NHG stelt dit specifiek in beladen situaties als volgt voor:

> *"Het is goed te beseffen hoe beladen deze situatie kan zijn. Blijf contact houden met de patiënt en om consent vragen. Vraag in elk geval om consent bij de eerste aanraking, bij het inbrengen van het speculum en bij uitingen van verkramping/ ongemak. Plan extra tijd in, zodat het onderzoek in alle rust uitgevoerd kan worden. Overweeg om de gynaecologische zorg voor deze groepen patiënten binnen de praktijk bij één collega te beleggen (bij voorkeur een huisarts) die hier affiniteit mee heeft."* (36)

Het lijkt de onderzoeker zinvol om deze aanbeveling uit te breiden naar alle situaties, en niet enkel bij deze die als beladen bestempeld worden. Participanten bekrachtigden het belang van inleving: ze bevelen zorgverleners aan zelf eens in de gynaecologische stoel plaats te nemen. De NHG doet tot slot aanbevelingen om de noodzaak van een cervixuitstrijkje te evalueren in beladen situaties en biedt handvaten hoe om te gaan met het gynaecologisch onderzoek bij genderdysforie (36).

Het geven van toestemming werd door de participanten op verschillende manieren geschetst: direct verbaal in communicatie ('het is oké' of 'geef me nog even'), impliciet door non-verbale cues of gegeven in een vertrouwde zorgrelatie. Alle participanten wensten dat de toestemming geïnformeerd gebeurt, en dat het niet als een vanzelfsprekendheid wordt beschouwd. Deze bevindingen sluiten volledig aan bij de patiëntrechtenwet die stipuleert dat de patiënt het recht heeft om 'geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij' toe te stemmen in elke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (22). De wet vermeldt dat toestemming uitdrukkelijk kan worden gegeven of impliciet wanneer de zorgverlener het 'redelijkerwijze uit de gedragingen van de patiënt kan afleiden' (22). Een impliciete toestemming betekent een grijze zone, waarbij men dient te vertrouwen op een correcte inschatting door de zorgverlener. Dit is niet altijd gemakkelijk, zeker niet als participanten in deze studie meldden bij een onveilig gevoel dit niet steeds te (kunnen) laten

merken of dat ze 'niet in de kaarten te laten kijken'. Enkele participanten maakten een onderscheid tussen spoedsituaties waarin het geven van toestemming onmogelijk is, wat ook in de Belgische wet is opgenomen. Voor noodzakelijke tussenkomsten waarbij toestemming onmogelijk is, dient deze in het belang van de patiënt gebeuren (22). Voor één participant was toestemming een gegeven in de zorgcontext waarin zij vrijwillig naar de zorgverlener stapt met een hulpvraag. De patiëntenrechtenwet benadrukt echter het recht op en belang van toestemming bij élke medische tussenkomst (22). Een hulpvraag stellen staat wettelijk gezien, en voor de onderzoeker ook deontologisch gezien, niet gelijk aan toestemming.

Hierbij is het belangrijk te noteren dat niet alle patiënten even assertief zijn, zowel verbaal als non-verbaal. Bij het geven van toestemming is er een risico op het stellen sociaal wenselijk gedrag i.k.v. de machtsverhouding waarin men zich bevindt. Voor een groot deel van de participanten is het dan ook de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om de patiënt ruimte te bieden de grenzen te stellen en zou het actief bevragen van grenzen door de zorgverlener geapprecieerd worden.

6. Factoren in de zorgsetting

Het geslacht van de zorgverlener was voor sommige participanten relevant, voor anderen niet. Wie een onderscheid maakte, gaf een voorkeur aan vrouwelijke zorgverleners. In de literatuur is dit eveneens een steeds terugkerende bevinding (38). Andere participanten vonden het geslacht van de zorgverlener niet relevant en stelden professionaliteit, empathie en de kwaliteit van de zorg voorop.

Betreffende de ruimte waarin het onderzoek idealiter plaatsvindt, waren de participanten verschillend in mening betreffende grootte, inkleding en licht. Men kan hieruit geen algemene conclusies trekken. In Nederland deed Zoë Sluisdom onderzoek naar de persoonlijke ruimte van de vrouw bij gynaecologische onderzoeken en ontwikkelde prototypes om de zorg m.b.t. de ruimte te verbeteren (28). Het belang van het contact met de zorgverlener primeerde voor alle participanten boven de beleving van de ruimte.

Door enkele participanten werd wel een verlangen naar een meer comfortabele gynaecologische stoel geuit, evenals de mogelijkheid tot het voorzien van kledij of handdoekjes om zich te bedekken tijdens het onderzoek. Ook een aangepast formaat speculum dat liefst ook verwarmd en van glijmiddel voorzien wordt, werden geopperd. In de literatuur wordt de aanbeveling naar een speculum met gebruik van glijmiddel bevestigd om pijn te verminderen (39,40). Een neutraal wateroplosbaar glijmiddel doet geen afbreuk aan de kwaliteit van de staalafname van cervixcytologie (40,41). Andere bronnen opperen om personen de kans te geven het speculum desgewenst zelf in te brengen, en zo meer controle te hebben (42). Ook het ontwerp van het speculum, dat sinds zijn uitvinding in 1840 amper veranderd is (29,42) wordt in vraag gesteld. Er zijn pogingen ondernomen met bijvoorbeeld 'Yona' (43), maar productontwikkelaars slagen er voorlopig nog niet in een volledige revolutie van het speculum op gang te brengen. Vooral de steun van artsen krijgen, zowel mentaal als financieel, blijkt moeilijk. Er zou, naast praktische uitdagingen, een 'Why fix what is not broken?' idee over heersen (44). Naast een patiëntvriendelijker speculumontwerp denkt Yona verder, en oppert met 'The Yona Concept' voor een applicatie die de patiënt doorheen de consultatie gidst, een 'comfort kit' met o.a. een deken ter bedekking, een stressbal en een papier met illustratie die toont waar de patiënt de billen dient te plaatsen op de onderzoekstafel (43).

Een belangrijk element is het tempo van de consultatie. Quasi alle participanten omschreven een gevoel van tijdsdruk als een negatief element. Het zet druk op de communicatie, empathie en algehele verbinding tussen patiënt en zorgverlener. Ook de NHG-aanbeveling bevestigt het belang van tijd (36). Dit kaart naadloos het institutioneel probleem aan dat gynaecologisch geweld faciliteert. De zorg staat onder druk, en de patiënt voelt dit. Personeelstekorten, een hoge werkdruk, gestandaardiseerde praktijken i.k.v. schaalvergroting, verouderde praktijken, gebrekkige zorginfrastructuur, een gebrek aan kennis over patiëntenrechten en een hiërarchische zwijgcultuur zijn allemaal bijdragende factoren aan een systeem waarin zorggerelateerd geweld een plaats krijgt (7,10,11).

7. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Vooreerst is een beperking van het onderzoek dat het zich enkel toespitst op negatieve ervaringen bij het gynaecologisch onderzoek. Het is een natuurlijk gevolg van een verkennend onderzoek naar gynaecologisch geweld, maar maakt tegelijk de *negativity bias* erg concreet. Het is belangrijk te verduidelijk dat niet elk gynaecologisch onderzoek als negatief ervaren wordt, of op deze manier dient te verlopen. Dit duidden de participanten zelf ook, waarbij zij spontaan andere, positieve ervaringen aanhaalden.
Voorts is de term 'gynaecologisch geweld' bewust niet gebruikt bij de participanten. Dit houdt echter in dat de bevindingen uit deze studie strictu sensu niet automatisch te categoriseren zijn onder de noemer gynaecologisch geweld. Vervolgonderzoek dat hopelijk zal leiden tot een universele definitie, zal in de toekomst een retrograde herevaluatie van de hierboven beschreven resultaten toelaten.

Een sterkte m.b.t. de selectie van de participanten is dat uiteenlopende leeftijden en gynaecologische achtergronden vertegenwoordigd zijn. Dit zowel op vlak van persoonskenmerken (een fysieke beperking, overgewicht, …) als op vlak van eerdere gynaecologische ervaringen (nulli- vs multipara, virgo, een eerste gynaecologisch onderzoek) en gynaecologische voorgeschiedenis (vulvodynie, endometriose, fertiliteitsprocedures, abortuszorg). Deze diversiteit maakte het mogelijk om een gevarieerd spectrum van ervaringen en perspectieven te verzamelen, wat bijdroeg aan een brede invulling van dit explorerend onderzoek. Er is echter een oververtegenwoordiging van nullipara's en vrouwen die de ervaring als jonge twintiger meemaakten, wat mogelijk andere relevante perspectieven beperkte. Ervaringen van personen met een psychische comorbiditeit, gynaecologische multimorbiditeit, een chronische pijnpathologie en slachtoffers van seksueel misbruik werden geëxcludeerd, waardoor ook hun perspectief ontbreekt.
Het feit dat veel van de participanten een opleiding in de sociale of gezondheidswetenschappen genoten (waaronder psychologie, logopedie, sociaal werk, pedagogie, …) kan een bias in de verzamelde ervaringen hebben geïntroduceerd, er was slechts één participant die geen hoger onderwijs genoot. Bovendien werd de rekruteringsoproep door een overweldigend talrijke reactie gestaakt na slechts één week, wat leidde tot het niet bereiken van bepaalde groepen mensen, vooral zij die sociaal meer kwetsbaar zijn en sowieso ondervertegenwoordigd zijn in onderzoek. Vanuit de idee dat net zij mogelijks een groter risico lopen op het ervaren van gynaecologisch geweld, is het jammer dat zij niet geïncludeerd konden worden. De rekruteringsstrategie via sociale media die werd uitgerold door een witte, hoogopgeleide onderzoeker heeft bijgedragen tot de homogeniteit van de participanten. Dit wordt dan ook geïllustreerd door het gebrek aan participanten met een

migratieachtergrond, niet-Nederlandstaligen en personen met een andere genderidentiteit dan de vrouwelijke.

Wat betreft de karakteristieken van de negatieve ervaringen, is de geografische reikwijdte een beperking. Het onderzoek richt zich op het beschrijven van ervaringen in België, doch hebben enkel participanten met een ervaring in Vlaanderen deelgenomen. Ervaringen uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië zijn belangrijk om de situatie verder te schetsen. Daarnaast betroffen de ervaringen grotendeels consultaties bij gynaecologen, met slechts twee ervaringen bij de huisarts. Gynaecologische onderzoeken in de eerste lijn kennen een eigen context en zijn zo deels onderbelicht. De variëteit aan verschillende soorten onderzoeken zoals vaginale wissers, speculumonderzoek en vaginale echografie was wel aanwezig.

De afname van de interviews gebeurden door een vrouwelijke onderzoeker. Dit kan een gevoel van veiligheid hebben gecreëerd, waardoor de participanten mogelijk meer vrijuit konden spreken. De onderzoeker is echter zelf ook zorgverlener en de participanten waren hiervan op de hoogte. Dit kan er potentieel toe geleid hebben dat sommige zaken minder, of minder expliciet, uitgesproken werden door de participanten wanneer het ging over negatieve ervaringen bij een collega zorgverlener.

Tot slot is het belangrijk te melden dat door het gebruik van *purposive* en *convenience sampling* het risico op *cherry picking* reëel is. Bovendien maakt deze methode het bereiken van datasaturatie onmogelijk, wat inherent is aan de methodiek en een aanvaarde beperking binnen het explorerende onderzoeksdesign. Desalniettemin is het een sterkte dat de onderzoeker wel degelijk datasaturatie percipieerde m.b.t. de visie op communicatie tijdens het gynaecologisch onderzoek en dat dit een universeel thema was dat de participanten verbindt over hun verschillen heen.

8. Nood aan een uniforme definitie en een breed gedragen terminologie

Een unaniem gevalideerde definitie voor gynaecologisch geweld is onontbeerlijk. In alle literatuur, ook in het onderzoeksverslag van de Belgische Senaat, wordt allerlei terminologie wisselend en onnauwkeurig gebruikt. Dit vormt een grote hindernis bij het voeren van kwaliteitsvol onderzoek, sensibilisering en beleid rond dit thema. Een heldere, afgebakende definitie is nodig, wat de Senaat beaamt met de aanbeveling naar het vinden van een Belgische definitie (11). Doch lijkt het prioritair te zoeken naar minstens een Europese en liefst een internationale definitie, zodat ook vergelijkend onderzoek kan plaatsvinden.

Tegelijk dient men in vraag te stellen of de term ‘gynaecologisch geweld’ de juiste is om mee verder te gaan. Volgens gynaecoloog Prof. Dr. Marleen Temmerman (stichtend lid International Center for Reproductive Health, UGent en directeur Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa) vindt het concept zijn oorsprong in rapporten van de WHO, maar werd deze daar nooit expliciet gebruikt. Er werd eerder geopteerd om termen als ‘respect’ en ‘waardigheid’ te gebruiken. De term ‘gynaecologisch geweld’ zou voor het eerst opduiken wanneer de WHO-rapporten vertaald zijn naar VN-documenten handelend over allerlei vormen van geweld tegen vrouwen (45).

De term is zwaar beladen gezien ze kwaadwilligheid insinueert, met een 'pleger' en een 'slachtoffer'. Hetzelfde geldt voor termen als 'misbruik'. Dit zorgt logischerwijs dan ook voor veel weerstand bij zorgverleners om het thema bespreekbaar te maken, gezien het indruist tegen hun deontologische principes en het de gebeurtenissen reduceert tot een uitsluitend individuele verantwoordelijkheid. Momenteel lijkt gebruik van de term 'gynaecologisch geweld' de doelstelling om gynaecologische zorg te verbeteren dan ook in de weg te staan. Het is dus niet enkel belangrijk om tot een unaniem gevalideerde definitie te komen, maar eveneens tot een breed gedragen terminologie.

Prof. Dr. Temmerman suggereerde in de hoorzittingen termen als 'toestemming', 'zelfbeschikking' en 'inspraak' te gebruiken als het over dit thema gaat (45). Dr. Isabelle Dehaene, gynaecoloog en woordvoerder van de VVOG (Vlaamse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) oppert te spreken over 'verloskundig geluk' i.p.v. 'obstetrisch geweld' (9). Men stelt bij zorgverleners een vraag naar positiever taalgebruik vast (10). De Europese FEMM studie is er echter beducht op dat hiermee de onderliggende oorzaken van gynaecologisch en obstetrisch geweld mogelijks onzichtbaar blijven (10). Deze onderzoeker stelt de term 'gynaecologische veiligheid' i.p.v. 'gynaecologisch geweld' voor. Dit vanuit de idee dat dit enerzijds nauwer aansluit bij deontologische principes waaraan zorgverleners zich wensen te houden, en anderzijds dat ook patiënten zich hier meer in zullen herkennen.

Vanuit een heldere terminologie en definitie, is het wenselijk dat er verder onderzoek gedaan wordt naar het fenomeen gynaecologisch geweld. Enerzijds is kwantitatief onderzoek belangrijk naar onder meer de prevalentie. Een correcte registratie zou hierbij kunnen helpen. In België zou dit in de eerste lijn gekoppeld kunnen worden aan een ICPC (International Classification of Primary Care) code. Code ZC04, 'Healthcare provider relationship problem', zou een mogelijke optie zijn. Hierbij maakt ICPC wel de kritische bedenking dat dit vereist dat zowel de zorgverlener als de patiënt het probleem erkennen en dat de patiënt hierbij een hulpvraag dient te stellen alvorens tot registratie te komen (46).
Daarnaast kan verder kwalitatief onderzoek leiden tot het ontwikkelen van preventieve strategieën. Deze kunnen vervolgens beleidsmatig in een richtlijn omgevormd worden. In Israël heeft de Briah Foundation vanuit hun onderzoek zo de 'Code for Women's clinics' ontwikkeld, dewelke ziekenhuizen ophangen om aan patiënten te tonen dat ze zich bewust zijn van de kwetsbaarheid en het ongemak die gepaard kan gaan met een gynaecologisch onderzoek (47). De code sensibiliseert en bekrachtigt patiënten in het uitoefenen van hun rechten (48).

9. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Deze studie tekent het begin van een kaart uit voor vervolgonderzoek. De verschillende elementen die in dit onderzoek aan het licht komen, dienen bij een grotere populatie te worden onderzocht, bijvoorbeeld d.m.v. enquêtes. In een schrijnend onderbelicht domein, is er uiteraard geen einde te stellen aan de mogelijke onderzoekaanbevelingen.

Zoals hierboven beschreven, is de nood aan een uniforme definitie en algemeen aanvaarde terminologie groot. Dit is cruciaal om vergelijkend onderzoek te kunnen doen. Vervolgens is het zinvol om de omvang van het probleem in België in kaart te brengen.

M.b.t. de onderzoeksvraag die zich toespitst op de ervaring van het gynaecologisch klinisch onderzoek, is het minimaal nodig elke subcategorie van participanten (die hier telkens per één

persoon aan bod kwam) als groep grondiger te bestuderen om te begrijpen hoe het gynaecologisch onderzoek voor hen beter kan. Hiermee doelt men op personen met endometriose, vulvodynie, overgewicht, een fysieke beperking en zij die een ongewenste zwangerschap of een fertiliteitstraject doormaken. Maar ook slachtoffers van seksueel geweld, personen met een chronische pijnpathologie, een psychische comorbiditeit en een gynaecologische multimorbiditeit kwamen in de rekruteringsfase aan bod en hebben ongetwijfeld waardevolle inzichten te bieden. Bijkomstig dient er aandacht geschonken worden aan o.a. personen met een migratieachtergrond, een lagere SES, een niet-heteroseksuele oriëntatie en personen die de taal van de zorgverlener niet spreken. Bijkomstig onderzoek dat verder ingaat op de communicatie tussen patiënt en zorgverlener in de context van een gynaecologisch onderzoek is cruciaal.

Daarnaast is het belangrijk ook gynaecologisch geweld m.b.t. meer interventionele onderzoeken en ingrepen te bestuderen. Een groot deel van de initiële respondenten meldde zo bijvoorbeeld traumatische ervaringen bij het plaatsen van een intra-uterien anticonceptivum. Zij krijgen bijval in het publiek debat, waarop de Amerikaanse CDC in augustus 2024 een herziening van zijn anticonceptie richtlijn publiceert met o.a. een noemenswaardige uitbreiding over het pijnbeleid bij IUD-plaatsing (49).
Obstetrisch geweld wordt steeds meer belicht, maar vereist een eigen onderzoekdiscours.

Anderzijds is het primordiaal niet enkel het perspectief van de patiënt, maar in verder onderzoek ook dat van de zorgverlener te belichten. Wat zijn hun percepties van een gynaecologisch onderzoek? Hoe beleven zij dergelijke events? Wat vinden zij van gynaecologisch geweld?

Tot slot is het belangrijk om uit te zoomen en de van origine patriarchale zorgcontext waarin gynaecologisch geweld überhaupt plaats kan vinden kritisch te bekijken, zowel op academisch als op beleidsmatig vlak.

Vanuit verder onderzoek is het ontwikkelen van een gedragen richtlijn voor *patient-centered* gynaecologische zorg in België aanbevolen om gynaecologisch geweld te voorkomen.

Conclusie

Een gynaecologisch onderzoek wordt gepercipieerd als een oncomfortabel onderzoek, waarbij velen zich kwetsbaar voelen. De participanten in deze studie beschreven negatieve ervaringen bij het gynaecologisch onderzoek in België die benoemd kunnen worden als ervaringen van gynaecologisch geweld, wanneer men ze toetst aan de huidige, niet-gevalideerde definities van gynaecologisch geweld uit internationale rapporten. Zowel verbaal als fysiek geweld komen aan bod, evenals nalatigheid, een gebrek aan respect, het voeren van een medisch onderzoek zonder toestemming en een gebrek aan privacy. Er zijn factoren die deze ervaring mee kunnen beïnvloeden of het risico op gynaecologisch geweld kunnen vergroten.

De emotionele en fysieke beleving van deze negatieve ervaringen variëren van schaamte en vernedering tot fysieke pijn en een fight-flight-freeze stress respons. Het wordt versterkt door een gevoel van kwetsbaarheid, in de context van een machtsdynamiek in de interactie tussen zorgverlener en een patiënt die afhankelijkheid ervaart. De impact van gynaecologisch geweld gebeurtenissen is negatief. Op persoonlijk niveau kan het leiden tot een negatief effect op het mentaal welzijn. Op niveau van de zorgverlening kan het onder meer leiden tot een hogere drempel en het uitstellen of vermijden van gynaecologische zorg.

Enerzijds benadrukken de bevindingen het belang van toestemming en heldere, respectvolle en persoonsgerichte communicatie. Deze gemeenschappelijke visie op communicatie verbindt de participanten over hun verschillen heen. Het is moeilijk om grenzen aan te geven bij een gynaecologisch onderzoek omwille van de kwetsbaarheid die men ervaart. Geïnformeerde toestemming bij elke medische tussenkomst is een belangrijk patiëntenrecht en kan zowel expliciet als impliciet gegeven worden. Anderzijds wordt bevestigd dat gynaecologisch geweld gebeurt in een complexe zorgcontext, waar o.a. tijdsdruk, infrastructuur en personeelstekorten een rol kunnen spelen.

Tot slot moedigt de studie een gevalideerde definitie van gynaecologisch geweld aan die vergelijkend onderzoek mogelijk maakt. Anderzijds is het hanteren van een nieuwe, positievere term zoals ‘gynaecologische veiligheid’ die gedragen wordt door zowel patiënten als zorgverleners zinvol om het thema bespreekbaar te maken. Kwantitatief en kwalitatief vervolgonderzoek is cruciaal om meer inzicht te krijgen in hoe gynaecologisch geweld te voorkomen, en hoe de gynaecologische zorg in België te verbeteren.

Referenties

1. Huber JD, Pukall CF, Boyer SC, Reissing ED, Chamberlain SM. 'Just Relax': Physicians' Experiences with Women Who Are Difficult or Impossible to Examine Gynecologically. 2008. Beschikbaar op: https://academic.oup.com/jsm/article/6/3/791/6834490
2. Verzoek tot het opstellen van een informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld. 7-245/1 [Internet]. 2021 apr. Beschikbaar op: https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117440853
3. GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA [Internet]. 2007. Beschikbaar op: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf
4. Gregorio D'. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela; Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. 2010. Beschikbaar op: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002
5. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [Internet]. 2018 jun. Beschikbaar op: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
6. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. 2015. Beschikbaar op: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
7. Belgische Senaat. Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld. [Internet]. 2024. Beschikbaar op: https://www.senate.be/informatieverslagen/7-245/Senaat-verslag-obstetrisch-geweld-2024.pdf
8. Bestuursorgaan VVOG. VVOG reageert op verslaggeving 'obstetrisch geweld' [Internet]. 2024. Beschikbaar op: https://mailchi.mp/d1fedf7e538f/reactie-vvog-op-informatieverslag-senaat-respectvolle-kraamzorg
9. Dehaene I. Van verloskundig geweld naar verloskundig geluk [Internet]. 2024. Beschikbaar op: https://mcusercontent.com/d9378f9e468920695dc7bb24a/files/831f9aef-ef56-e02d-fd0d-e2542b8c4bc7/Opiniestuk_obstetrisch_geweld_250201.pdf
10. Silvia B, Magali G berthomieu, Beth S, Eneidia B, Clémence S, Virginie R. Obstetric and gynaecological violence in the EU-Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies. [Internet]. 2024 apr. Beschikbaar op: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf
11. Belgische Senaat. Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld. 7-245/9 [Internet]. Beschikbaar op: https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117441406

12. UN Report of the Fourth World Conference on Women [Internet]. United Nations; 1995 sep. Beschikbaar op: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf
13. Quattrocchi P. Obstetric violence.The new goal for research, policies and human rights on childbirth | CORDIS European Commission [Internet]. 2020. Beschikbaar op: https://cordis.europa.eu/project/id/700946
14. United Nations General Assembly. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence [Internet]. 2019. Beschikbaar op: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/27/pdf/n1921327.pdf?token=Zf3j2F8vAotJg5JOdE&fe=true
15. Council of Europe Parliamentary Assembly. Resolution 2306: Obstetric and Gynaecological Violence [Internet]. 2019. Beschikbaar op: https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236
16. Plateforme citoyenne pour une naissance respectée. Accoucher en Belgique Francophone avant et pendant le Covid: éléments clés de l'enquête [Internet]. 2021 nov. Beschikbaar op: https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf
17. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. The Lancet. 11 mei 2002;359(9318):1681–5.
18. Fonquerne L. "The pill doesn't open the fridge door!". Medical and gynecological violence in contraception consultations. Sante Publique (Paris) [Internet]. 2022;33(5):663–73. Beschikbaar op: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-5-page-663.htm
19. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, e.a. Patients' experiences of abuse in health care: A Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(3):349–56.
20. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, e.a. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reprod Health Matters. 1 mei 2016;24(47):47–55.
21. Koninklijk besluit houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Koninklijk besluit van 8 juli 2003. [Internet]. 2003. Beschikbaar op: https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-08-juli-2003_n2003022811.html#:~:text=bevoegde%20geneesheer%2Dinspecteur.-,Art.,de%20beheerder%20van%20het%20ziekenhuis.
22. Belgisch Staatsblad. WET 22-08-2002 betreffende de rechten van de patiënt [Internet]. 2002. Beschikbaar op: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_22-08-2002_betreffende_de_rechten_van_de_patient.pdf
23. Debelle M. 'Approche féministe et juridique des violences obstétricales' [Internet]. 2021. Beschikbaar op: https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A29354
24. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. Maart 2012;49(3):360–71.

25. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: Factors associated with discomfort. Acta Obstet Gynecol Scand. november 2003;82(11):1030–6.
26. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. 2009;
27. O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, e.a. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. J Prim Care Community Health [Internet]. 2021; 12. Beschikbaar op: https://doi.org/10.1177/2150132721992195
28. Sluisdom Z. Persoonlijke ruimte en grenzen van de vrouw tijdens 'vrouwelijke' onderzoeken [Internet]. 2022. Beschikbaar op: https://www.avanscmd.nl/media/pages/work/graduation-2022/de-verborgen-vrouw/49618b45f5-1642693049/exploratie_zoe_sluisdom.pdf
29. Molenaar F. Waarom gynaecologische onderzoeken vaak zo k*t zijn. 19 oktober 2022; Beschikbaar op: https://decorrespondent.nl/13855/waarom-gynaecologische-onderzoeken-vaak-zo-k-t-zijn/92ef7c84-6083-0677-327f-5b5f9d0a6c54#:~:text=Zeker%20een%20op%20de%20drie,een%20seksueel%20trauma%20wordt%20getriggerd.
30. Tancman S, HaCohen N, Lazarus G, Solt I, Sagi-Dain L. Silent voices that must be heard – women's perceptions of gynecologic examinations. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2022 [geciteerd 14 augustus 2024];43(2):190–7. Beschikbaar op: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2020.1864727
31. T. DERKS PFSMEIVZ. Hoe ervaren vrouwen vagioaal onderzoek?. Huisarts Wet [Internet]. 1983;26:381–4. Beschikbaar op: https://www.henw.org/system/files/download/1983_Oktober_Article_0106.pdf
32. Orde der Artsen. Code van medische deontologie. Hoofdstuk 3: Respect. Artikel 17. [Internet]. Dec 31, 2023. Beschikbaar op: https://ordomedic.be/nl/code-2018/respect/17
33. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. Psychol Bull. maart 2003;129(2):216–69.
34. Heritage J, Maynard DW. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. Annu Rev Sociol [Internet]. 11 augustus 2006;32(Volume 32, 2006):351–74. Beschikbaar op: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959
35. Rebelle vzw. Op bezoek bij de gynaecoloog. Hoe gaat dat? [Internet]. 2022. Beschikbaar op: https://www.rebelle-vzw.be/sites/default/files/2022-10/begrijp_je_gynaecoloog_def.pdf
36. NHG. NHG Praktijkvoering. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: gynaecologisch onderzoek in beladen situaties [Internet]. 2023. Beschikbaar op: https://www.nhg.org/praktijkvoering/bevolkingsonderzoeken/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/gynaecologisch-onderzoek-in-beladen-situaties/
37. Reeves E. A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2 september 2015;36(9):698–709. Beschikbaar op: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2015.1025319
38. Rizk DEE, El-Zubeir MA, Al-Dhaheri AM, Al-Mansouri FR, Al-Jenaibi HS. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. Acta Obstet Gynecol Scand. Januari 2005;84(1):48–53.

39. Het speculum moet glijden | Huisarts & Wetenschap [Internet]. Beschikbaar op: https://www.henw.org/artikelen/het-speculum-moet-glijden
40. Simavli S, Kaygusuz I, Kınay T, Cukur S. The role of gel application in decreasing pain during speculum examination and its effects on papanicolaou smear results.
41. Hill DA, Lamvu G. Effect of lubricating gel on patient comfort during vaginal speculum examination: a randomized controlled trial. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2012;119(2 Pt 1):227–31. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22270273/
42. Eveleth R. Why No One Can Design a Better Speculum. 14 november 2014; Beschikbaar op: https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/11/why-no-one-can-design-a-better-speculum/382534/
43. Yona - Health for People with Vaginas [Internet]. Beschikbaar op: https://yonacare.com/
44. Pardes A. The Speculum Finally Gets a Modern Redesign. The Wired [Internet]. 5 oktober 2017; Beschikbaar op: https://www.wired.com/story/the-speculum-finally-gets-a-modern-redesign/
45. Belgische Senaat. Informatieverslag over lichamelijke zelf-beschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld: HOORZITTINGEN 7-245/4 [Internet]. 2023 mei. Beschikbaar op: https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117441311#page=167
46. International Classification of Primary Care - 3rd Revision [Internet]. Beschikbaar op: https://browser.icpc-3.info/
47. The Briah Foundation. The Pelvic Exam [Internet]. Beschikbaar op: https://www.briah.org/en/
48. The Briah Foundation. The Briah Foundation Code for Women's Clinics in Israel [Internet]. Beschikbaar op: https://www.briah.org/en/_files/ugd/3b81c0_7ffb8439e17046e6aefae3df3b9baedd.pdf
49. Cohen MK, Kent CK, Yang T, Gottardy AJ, Leahy MA, Spriggs SR, e.a. Morbidity and Mortality Weekly Report U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024 Recommendations and Reports Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) Acting Lead Health Communication Specialist MMWR Editorial Board.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek UZ Gent

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden	12/12/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0071		B6702023000486

Betreft:

Gynaecologisch geweld vanuit een patiëntenperspectief: beschrijving, met betrekking tot het gynaecologisch klinisch onderzoek.
- scriptie: Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden

Gynaecological violence from a patient perspective: description, regarding the gynaecological clinical examination.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 29/08/2023.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 12/12/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 29/08/2023.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.

EC therefore gives on 12/12/2023 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: Antwoord onderzoeker op opmerkingen CME U(Z) Gent
- Antwoord onderzoeker na feedback EC ontvangen dd. 25/11/2023 (NL)

Categorie: CV
- Promotor, Stéphanie De Maesschalck, dd. 11/10/2018 (EN)
- Student, Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden ontvangen dd. 27/11/2022 (NL)

Categorie: GCP certificaat
- Promotor, Stéphanie De Maesschalck, dd. 30/11/2022 (EN)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- Data Management Plan: AVG Register, dd. 01/12/2022 (NL)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 2.0 dd. 24/11/2023 (NL)

Categorie: Interview Guide
- Interviewleidraad, versie 2.0 dd. 24/11/2023 (NL)

Categorie: Opmerkingsbrief CME U(Z) Gent
- opmerkingen aan onderzoeker, dd. 26/09/2023

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- Voorbeeld rekruteringsmateriaal, versie 2.0 dd. 24/11/2023 (NL)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer Ugent - statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits Ugent - statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern - huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern - huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent - kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent - kinder gastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent - psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent - psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent - verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent - verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent - verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent - verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent - apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent - apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent - Ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent - Ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent - jurist, ♂	Mevr. V. Vanschoenwijk UGent - jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent - nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent - geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent - internist en oneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent - neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent - hartchirurg, ♂	Dr. H. Eker UZ Gent - algemene en hepatobiliaire chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent - fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent - verloskunde, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent - kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent - anesthesist, ♀
Dr. F. Schoentjes UZ Gent - I'kinder - jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent - I'kinder - jeugdpsychiater, ♀

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met "medical devices" dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contacts with patients, or when viewing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.
We would like to draw your attention to the fact that the EC expects her initial comments to be taken into account ab initio at the next submission by the same sponsor.

*Provided that there is a **Clinical Trial Agreement**, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).*

Studies with investigational medicinal products and certain studies with "medical devices" should be submitted by the client (PI or sponsor) to the FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products).
Studies with investigational medicinal products are only allowed to be conducted, provided that the minister (FAMHP) does not state objections within legal deadlines as described in art. 13 of the Belgian law of 7/5/2004 concerning experiments on the human person and art. 21 of the Belgian law of 7/5/2017 concerning clinical trials with medicines for human use.

Certain studies using medical devices are also covered by legal deadlines (KB of 17/3/2009). Please consult the FAMHP website for more information: www.fagg-afmps.be.

Research on embryos in vitro is covered by the law of May 11, 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice of the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in vitro.

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This favorable advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study. You are reminded that concerning clinical studies, any observed serious event needs to be reported immediately to the sponsor and the ethics committee, even if the causal relationship with the study is unclear.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

*If the study will not be terminated within a year, the ICH-GCP demands that an **annual progress report** will be provided to the EC.*

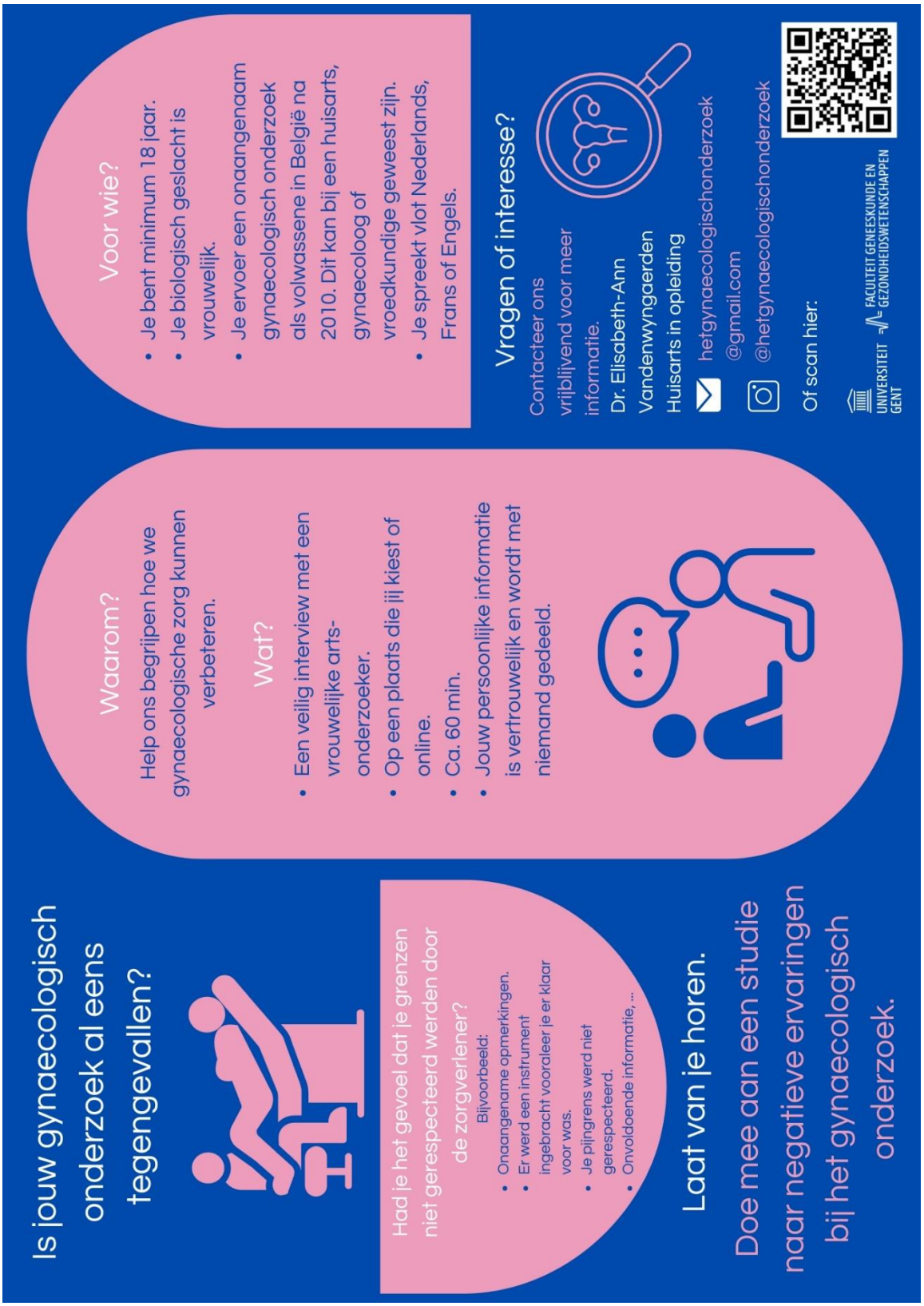
*Finally, we request you to report the termination (early or planned) of the study within the legal deadlines and provide the **Clinical Study Report** (CSR) to the EC.*

In case of a clinical trial (EudraCT), please be informed that the results must be published in the European Clinical Trial Register. The report of these results can be sent to the EC as the CSR.

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Rekruteringsflyer

Tevens opgesteld in het Engels en Frans, en omgevormd tot Instagrampost in de drie talen.



Bijlage 3: Informatiebrief voor de deelnemers

Geïnformeerde toestemmingsbrief voor de deelnemers
Titel van de studie:
"Beschrijving van negatieve ervaringen tijdens het gynaecologisch onderzoek: een patiëntenperspectief"

Beste,

U werd uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier op de laatste pagina te ondertekenen.

1. WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een studie met als doel het beschrijven van negatieve ervaringen bij het gynaecologisch onderzoek in België. Hierbij willen we de factoren die hiertoe bijdragen in kaart brengen. Vanuit deze bevindingen hopen we beter te begrijpen hoe we de gynaecologische zorg kunnen verbeteren.

De belangrijkste vereisten om te kunnen deelnemen aan de studie zijn de volgende:
- u bent minimum 18 jaar en heeft een vrouwelijk biologisch geslacht.
- u heeft een negatieve ervaring bij een gynaecologisch onderzoek (fysiek, verbaal, psychologisch, ...) in België. Dit gebeurde in uw volwassen leven en na 2010.

U kan niet deelnemen aan de studie als u:
- onvoldoende beheersing van het Nederlands, Frans of Engels heeft om het diepte-interview goed te laten verlopen.
- een opleiding tot arts of vroedkundige genoot.

Deze studie kadert binnen een master na master Huisartsgeneeskunde, de opdrachtgever van deze studie is de Universiteit Gent.

2. WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

U neemt eenmalig deel aan een diepte-interview van ca. 60 min. Bij voorkeur wordt dit interview in persoon afgenomen, maar het kan ook virtueel indien u dit verkiest. Het interview kan in het Nederlands, Frans of Engels gevoerd worden, in de taal waar u zich het meest comfortabel bij voelt. Het interview wordt gevoerd met een vrouwelijke arts-onderzoeker. Er wordt, mits uw toestemming, een geluidsopname gemaakt van dit interview. Een diepte-interview wordt ook een semi-gestructureerd interview genoemd. Dit wil zeggen dat we geen vragenlijst met u overlopen, maar wel een lijst van onderwerpen hebben opgesteld die we graag met u bespreken. We zullen u open vragen stellen over uw negatieve ervaring m.b.t. het gynaecologisch onderzoek. We treden met u in een verkennend gesprek om uw beleving beter te begrijpen en na te denken over hoe uw ervaring beter had kunnen zijn. Tot slot bevragen we enkele persoonskenmerken (uw leeftijd, beroep, …).

U heeft op elk moment het recht het interview stop te zetten, niet te antwoorden of zelf de regie van het interview over te nemen. De onderzoeker doet al het mogelijke om een veilige omgeving en communicatie te garanderen, en maakt hier met u afspraken over alvorens het interview te beginnen.

Alle informatie is vertrouwelijk; dit wil ook zeggen dat uw zorgverleners niet worden ingelicht. De onderzoeker zal u na afloop van het interview aangeven op welke professionele zorg u beroep kan doen, maar u zal zelf contact met hen moeten opnemen indien u hierop wenst in te gaan.

Dit interview staat los van eventuele andere professionele zorgen die u ontvangt.

3. HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Er zullen in totaal maximum 30 personen aan deze studie deelnemen.

4. WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van de studie voor u is ca. 60 min, namelijk het interview. Hierna zijn er geen verwachtingen van u in onderzoeksverband.
Indien u dit wenst, kan u op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.

5. WAT WORDT VERWACHT VAN DE DEELNEMER?

Er is geen voorbereiding die van u wordt verwacht. Uw aanwezigheid en bereidheid om uw ervaring met de onderzoeker te delen op een eerlijke, open manier is onze hoop wanneer u uw deelname bevestigt; maar het is geenszins een verplichting.

6. WELKE PROCEDURES VINDEN TIJDENS DE STUDIE PLAATS?

6.1. Recrutering
Er wordt, mits uw toestemming, telefonisch contact met u opgenomen. Hierbij wordt het onderzoek verder toegelicht en wordt er gevraagd naar onduidelijkheden of bezorgdheden. Indien u geselecteerd bent voor het onderzoek, wordt er nadien contact met u opgenomen om een moment en plaats voor het diepte-interview af te spreken. Dit gaat bij voorkeur in persoon door, maar kan indien u dit wenst ook virtueel.

6.2. Semi-gestructureerd diepte-interview
Voorafgaand aan het interview wordt het onderzoek en het verloop van het interview in duidelijke taal toegelicht. Het Informed Consent (dit formulier) wordt mondeling en schriftelijk doorlopen met u en ondertekend. Indien de gehanteerde taal niet het Nederlands is, wordt een vertaalde versie van het ICF in het Frans of Engels voorzien. Er wordt toestemming gevraagd om een audio-opname te maken van het interview. Er worden afspraken gemaakt m.b.t. het garanderen van uw veiligheid. Voor het semi-gestructureerd interview zal een topiclijst gebruikt worden zoals hierboven toegelicht. Deze werd mee goedgekeurd door het Ethisch Comité.

6.3. Verwerking
De onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger zal het interview nadien opschrijven en verder verwerken op een kwalitatieve manier. Dit wil zeggen dat dit onderzoek zich niet focust op cijfers, maar op de inhoud van wat u vertelde.
De resultaten worden gebundeld in een (master-na)masterproef die voorgesteld wordt aan de UGent. Er wordt voorzien dat deze tegen oktober 2024 gefinaliseerd is.
Evenwel kan deze dataset met uw gepseudonimiseerde gegevens hergebruikt worden in een latere studie door een andere onderzoeksgroep met een gelijkaardig onderzoeksdoel, mits een nieuwe goedkeuring van het ethisch comité.

7. WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

7.1. Rechten bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Uw zorgverleners worden niet in dit onderzoek betrokken, dus dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorg die u van hen ontvangt.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven verwachtingen niet goed opvolgt. Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gegevens gepseudonimiseerd in de databank blijven voor analyse, maar zal geen nieuwe data toegevoegd worden.
Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

7.2. Rechten met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens
In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (zijnde het recht om uw

gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, om uw toestemming in te trekken en om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens gebeurt op basis van uw toestemming, zoals vermeld in artikel 6, paragraaf 1 (a) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden, hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code. De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van eenzelfde of een vergelijkbare thematiek. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 10 jaar.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

8. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862). Indien de onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is, zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, en steeds wanneer u dit nodig acht, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00).

9. WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk voordeel. Het interview kan mogelijks een opluchtend effect hebben door gesproken te hebben over uw ervaring en u hierin erkend te voelen door de onderzoeker.

Uw deelname in de studie kan mogelijks bijdragen tot betere gynaecologische zorg in de toekomst. De idee dat het delen van uw negatieve ervaring mee kan leiden tot een positieve verandering, kan een gevoel van zingeving teweegbrengen. Deze effecten zijn geenszins gegarandeerd.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is eerder laag. Tegelijk kan het niet onderschat worden dat het onderwerp van de studie gevoelige materie betreft. Het kan emotioneel belastend zijn om zich uw negatieve en soms traumatiserende ervaring actief te herinneren en te delen. Dit kan leiden tot psychisch lijden, met een potentieel fysiek letsel tot gevolg. Het is van groot belang om elke notie hiervan zo snel mogelijk aan de onderzoeker te melden, ook tijdens de afname van het interview, ongeacht of de klacht volgens u te maken heeft met de studie of niet. De onderzoeker zal, naast het volgen van de correcte procedures, u verwijzen naar geschikte professionele hulp. De onderzoeker kan u niet begeleiden in de hoedanigheid van arts.

De onderzoeker probeert het onderzoek in zo veilig mogelijke omstandigheden te voeren door zich op voorhand grondig voor te bereiden door externe raadgevers te raadplegen en kennis op te doen vanuit de psychologie m.b.t. het traumasensitief afnemen van een interview. Er zal tijdens het interview aandacht geschonken worden aan de psychologie van de ruimte. Er zullen steeds duidelijke afspraken met u worden gemaakt voorafgaand aan het interview m.b.t. het respecteren van uw grenzen. De onderzoeker zal ten allen tijde een open, empathische en geduldige houding hanteren.

U hebt het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht.

10. ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

11. IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

U zal geen financiële compensatie of vergoeding van reiskosten ontvangen voor uw deelname aan deze klinische studie.

12. TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als er een probleem optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Dr. Elisabeth-Ann Vandenwyngaerden
Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck
Dr. Diego Schrans

Contactgegevens:
Elisabethann.vandenwyngaerden@ugent.be
Stephanie.demaesschalck@ugent.be
diego.schrans@ugent.be

Universiteit Gent
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping
Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent, België

Tel.: 0032 9 332 36 28

Bijlage 4: 'Informed Consent' Formulier

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNEMERS

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan een experiment" pagina 1 tot en met 7 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever van de studie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:	
1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.	
2) Ik ga akkoord dat er een semi-gestructureerd diepte-interview bij mij wordt afgenomen over mijn negatieve ervaring m.b.t. het gynaecologisch onderzoek.	
3) Ik ga akkoord dat mijn e-mailadres wordt gebruikt indien ik aangaf de wens te hebben verder geïnformeerd te worden over de resultaten van het onderzoek.	
4) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor huidig wetenschappelijk onderzoek.	
5) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 5: 'Interview Guide'

"Negatieve ervaringen bij het gynaecologisch klinisch onderzoek"

INTERVIEW GUIDE

SEMI-GESTRUCTUREERD DIEPTE-INTERVIEW:
EEN NIET-EXHAUSTIEVE TOPIC GUIDE

0. INTRODUCTIE
   - Bedanking voor aanwezigheid.
   - Introductie onderzoeker.
   - Toelichting van onderzoek en het doel.
   - Informatie over het interview.
   - Informatie over confidentialiteit.
   - Toestemming vragen voor audio-opname.
   - Intenties rond de communicatie tijdens het interview om de veiligheid te waarborgen en grenzen te respecteren. Melding dat de deelnemer ten allen tijde het interview kan stoppen, niet wenst te antwoorden of zelf de regie in handen kan nemen over wat de deelnemer wenst te vertellen. Aangeven dat hier tijdens het onderzoek naar gepolst zal worden.
   - Toelichting informed consent.
   - Ondertekening informed consent.
   - Vraag om GSM uit te schakelen.

1. SOCIODEMOGRAFISCHE TOPICS (mondelinge vragenlijst)

De deelnemer op het moment van de ervaring:
- Leeftijd
- Biologisch geslacht
- Gender
- Nationaliteit
- Origine
- Moedertaal
- Opleidingsniveau
- Werksituatie
- Religie
- Gynaecologische voorgeschiedenis op moment van onderzoek: virgo of seksueel actief, GPA

2. NEGATIEVE ERVARING
   a) Zou u de negatieve ervaring kunnen beschrijven, en mij meenemen in het verhaal alsof u een film afspeelt?
   b) Wat maakte dit voor u een negatieve ervaring?
   c) Welke factoren droegen daartoe bij, denkt u?

Indien nog niet beantwoord, bijvragen:

d) Wanneer en waarom vond het onderzoek plaats?
e) Bij wie vond het onderzoek plaats?
a) Wat en hoe was uw ervaring met de zorgverlener tot dan toe?
b) Heeft het geslacht van de onderzoeker relevantie voor u? Zo ja, waarom?
f) Waar vond het onderzoek plaats?
c) Wat vond u consultatieruimte?
d) Hoe voelde u zich in die ruimte?
g) Wat hield het onderzoek in?
e) Welke informatie kreeg u hierover?
f) Welke vragen had u op dat moment?
h) Hoe gebeurde het onderzoek?
g) Hoe moest u zich ontbloten?
i) Wat hield de communicatie van dit consult in?
h) In welke taal?
i) Wat vond u van de communicatie van uw zorgverlener?

3. BELEVING
   a) Welke emoties bracht deze situatie bij u teweeg?
   b) Hoe voelde u zich fysiek op dit moment?
   c) Welke elementen stoorden u het meest?
   d) Bij welke elementen hebt u het gevoel dat uw grenzen overschreden werden? Kan u zeggen waarom dat zo was?
   e) Zijn er ervaringen in uw verleden die uw beleving hebben beïnvloed? (bv negatieve seksuele ervaring). Wilt u delen welke en hoe deze dit beïnvloeden?

4. ACUTE AANPAK
   a) Hoe bent u met deze situatie omgegaan? Verbaal, non-verbaal?
   b) Hoe is uw zorgverlener met deze situatie omgegaan?
   c) Wat denkt u dat er door de zorgverlener omging?

5. NAZORG
   a) Hoe bent u met deze ervaring omgegaan nadien?
   b) Heeft u er met iemand over gesproken?
   c) Waarom wel/niet?
   d) Waarom die persoon?

6. GYNAECOLOGISCH-MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS
   a) Hoe zou u uw algemene gezondheidstoestand omschrijven in de periode dat u de negatieve zorgervaring meemaakte?
   b) Wat waren uw ervaring tot dan toe met gynaecologische zorg?
   a) In de eerste lijn: bij de huisarts? Bij de vroedkundige?
   b) In de tweede lijn: bij de gynaecoloog?
   c) Wat waren tot dan de primaire gevoelens die u had over uw lichaam en seksualiteit? (vb. seks een onderwerp van schaamte of juist openheid, het lichaam een bron van onzekerheid of vrijheid?)

d) Hoe schat je je algemene gezondheid op dit moment zelf in? Heb je bepaalde langdurige ziekten (vb kanker, darmziekte, depressie, …) en wil je daar iets over zeggen?

7. EFFECTEN
    a) Hoe heeft deze ervaring u beïnvloed?
    b) Heeft het uw relatie met de zorgverlener beïnvloed? Zo ja, hoe?
    c) Heeft het uw beleving van uw lichaam, seksualiteit en seksuele gezondheid beïnvloed? Zo ja, hoe?
    d) Is de drempel om zorg te vragen veranderd? Zo ja, hoe en waarom?
    e) Indien u sedertdien nog gynaecologische onderzoeken onderging: hoe verliepen deze? Hoe voelde u zich daarbij?
    f) Wat betekent toestemming voor u in een verhouding tussen patiënt en zorgverlener?

8. PREVENTIE
    a) Wat zou u graag anders gezien hebben in uw situatie, en zou deze negatieve ervaring een neutrale of positieve ervaring gemaakt kunnen hebben?
    b) Stel dat u morgen wakker wordt in een ideale wereld waar alles goed loopt, hoe ziet een consultatie met een gynaecologisch onderzoek er dan uit voor u?
    c) Welke tips zou u geven aan andere vrouwen die een gynaecologisch onderzoek gepland hebben?
    d) Welke tips zou u geven aan zorgverleners indien u verantwoordelijk was voor hun opleiding om een goed gynaecologisch consult te voeren?

9. AFRONDING
    a) Is er nog iets dat u zou willen toevoegen?
    b) Wat was het belangrijkste voor u van wat we het afgelopen uur besproken hebben?

10. AFSLUITING
    - Polsen naar het welbevinden na het interview.
    - Zo nodig verwijzing professionele hulp (huisarts, 1712, CAW,…)
    - Bedanking.
    - Toestemming vragen om deelnemer na 1 week te contacteren om welbevinden te bevragen.

Bijlage 6: Overzicht codes

1. NEGATIEVE ERVARING

1.1 CONTEXT VAN DE ERVARING

Aanleiding
Belang van onderzoek voor zorgvrager
Eerdere ervaring met de zorgverlener
- Geen eerdere ervaring met de zorgverlener
- Wel eerdere ervaring met de zorgverlener

Keuze van de zorgverlener
- Niet zelf gekozen
- Zelf gekozen
- Belang van keuze

Ruimte
- Beschrijving van de ruimte
  - Inrichting
  - Materiaal
  - Licht
  - Sfeer
- Beleving van de ruimte

Tempo van de consultatie
Zorgverlener
- Geslacht
  - Geen relevantie van geslacht
  - Relevantie van geslacht
- Leeftijd

1.2 GEBEURTENIS

Beïnvloedende factoren voor zorgvrager
- Eerste gynaecologisch onderzoek
- Virgo
- Overgewicht
- Fysieke beperking
- Emotioneel rugzakje
- Fertiliteitstraject
- Keuze voor abortus
- Vulvodynie

Beschrijving van de negatieve ervaring
Communicatie van de zorgverlener
- Voor onderzoek
- Instructies
- Tijdens onderzoek
- Non-verbaal
- Beleving van de zorgvrager

Emotionele beleving
Fysieke beleving
- Flight
- Freeze
- Onaangenaam gevoel
- Pijn
- Onveilig

Ongelijkwaardigheid arts-patiënt
Afhankelijkheid patiënt
Grenzen
- Niet overschreden
- Wel overschreden
- Grenzen aangeven

1.3 ACUTE AANPAK

Door de zorgverlener
- Non-verbaal
- Verbaal
- Concrete actie of verloop
- Interpretatie van gedrag zorgverlener

Door de zorgvrager
- Non-verbaal
- Verbaal

1.4 NAZORG

Emotionele beleving na consult
Door de zorgverlener
Delen van de ervaring
- Met personen in eigen context
  - Wie
  - Redenen keuze
  - Effect
- Met personen in zorgcontext
  - Wie
  - Redenen keuze
  - Effect

Algemeen verloop

1.5 EFFECTEN

Op persoonlijk vlak

Op zorgverlening

- Andere zorgverlener hulp gevraagd
- Drempel voor nieuwe zorgverlener
- Medisch advies niet opgevolgd
- Zorg uitgesteld

Relatie met de zorgverlener

1.6 VERBETERING VAN GEBEURTENIS (PERCEPTIE ZORGVRAGER)

Door zorgverlener

Door zorgvrager

Op vlak van zorgorganisatie

2. GYNAECOLOGISCH-MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

2.1 ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Ten tijde van negatieve ervaring

Op moment van interview

Primaire gevoelens over lichaam en seksualiteit

- Gesloten
- Open
- Onvermogen
- Schaamte
- Relevantie van gewicht
- Relevantie van leeftijd

2.2 VOORGAANDE GYNAECOLOGISCHE ERVARINGEN

In de eerste lijn

In de tweede lijn

2.3 LATERE GYNAECOLOGISCHE ERVARINGEN

In de eerste lijn

In de tweede lijn

2.4 PERCEPTIES EN IDEËEN

Concept toestemming

Artsen

Een gynaecologisch klinisch onderzoek

- Emotioneel
- Fysiek
    - Onaangenaam
    - Dissociatie lichaam
- Praktisch

3. AANBEVELINGEN VAN ZORGVRAGERS

Essentie voor deelnemer

Voor zorgsetting

- Voorbereiding en context
- Tempo
- Gynaecologische stoel
- Instrumentarium
- Kledij
- Ruimte

Voor zorgverleners

- Communicatie
- Inleving

Voor zorgvragers

4. OVERIGE BEDENKINGEN