

Diagnostische vertraging bij endometriose

*Oorzaken van de vertraging en de impact op het psychologisch
welzijn, de vruchtbaarheid en de levenskwaliteit bij vrouwen met
een kinderwens*

Bachelorproef tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde	
Voorgedragen door Lineke VAN NIEJENHUIS	
Academiejahr	2025 - 2026
Externe promotor	Mw. Lieselot Theys
Interne promotor	Mw. Rebecca De Beir

Abstract

Diagnostische vertraging bij endometriose	
Promotiejaar:	2026
Student:	Lineke van Niejenhuis
Externe promotor:	Mw. Lieselot Theys
Interne promotor:	Mw. Rebecca De Beir
Trefwoorden:	Endometriose, diagnostische vertraging, levenskwaliteit
Endometriose is een chronische gynaecologische aandoening die ongeveer 1 op 10 vrouwen treft en wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van endometriumachtig weefsel buiten de baarmoeder. De aandoening gaat gepaard met chronische pijn, fertiliteitsproblemen en een verminderde levenskwaliteit. Wereldwijd is er sprake van een aanzienlijke diagnostische vertraging, die gemiddeld varieert van één tot twaalf jaar. Deze vertraging heeft belangrijke gevolgen, in het bijzonder voor vrouwen met endometriose en een kinderwens. Het doel van deze bachelorproef is het in kaart brengen van de belangrijkste oorzaken van diagnostische vertraging bij endometriose en de gevolgen hiervan bij vrouwen met een kinderwens. Daarnaast wordt de rol van de vroedvrouw binnen vroegtijdige herkenning, doorverwijzing en gezondheidsvoorlichting geanalyseerd. Ook is er een educatief gezelschapsspel ontwikkeld om kennis en bewustwording rond endometriose te vergroten. Deze bachelorproef is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie van wetenschappelijke artikelen en richtlijnen. De literatuur werd thematisch geanalyseerd volgens oorzaken van diagnostische vertraging, gevolgen van een late diagnose, de rol van de vroedvrouw en multidisciplinaire zorg voor vrouwen met endometriose. Uit de literatuur blijkt dat diagnostische vertraging ontstaat door een samenspel van patiënt-, zorgverlener- en systeemgerelateerde factoren. Bij vrouwen met een kinderwens leidt een late diagnose tot een verhoogd risico op verminderde fertiliteit, complexere behandeltrajecten en een negatieve impact op psychologisch welzijn en levenskwaliteit, met meer angst-, stress- en depressieve klachten. De vroedvrouw kan een belangrijke rol spelen in vroege herkenning van symptomen, tijdige doorverwijzing en gezondheidseducatie. Het verminderen van diagnostische vertraging is essentieel om negatieve gevolgen bij vrouwen met een kinderwens te beperken. Het ontwikkelde educatieve gezelschapsspel biedt hierbij een praktijkgerichte en laagdrempelige interventie die kan bijdragen aan meer kennis, bewustwording en vroegtijdige herkenning en diagnose van endometriose.	

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	5
WOORD VOORAF.....	7
INLEIDING	8
1 DEFINITIE ENDOMETRIOSE	10
1.1 INLEIDING	10
1.2 EPIDEMIOLOGIE	10
1.3 ETIOLOGIE	11
1.3.1 <i>Retrograde menstruatie</i>	11
1.3.2 <i>Metaplastische theorie</i>	11
1.3.3 <i>Embryonale resttheorie</i>	11
1.4 KLINISCH BEELD	12
1.5 PREVENTIE EN RISICOFACTOREN	12
1.6 DIAGNOSTIEK	12
2 BELANGRIJKSTE OORZAKEN VAN DIAGNOSTISCHE VERTRAGING	14
2.1 INLEIDING DIAGNOSTISCHE VERTRAGING.....	14
2.2 PATIËNTGERELATEERDE FACTOREN	15
2.2.1 <i>Normalisering van symptomen</i>	15
2.2.2 <i>Zelfzorgstrategieën</i>	16
2.2.3 <i>Gebrek aan kennis</i>	16
2.2.4 <i>Sociaaleconomische en culturele factoren</i>	16
2.3 ZORGVERLENERGERELATEERDE FACTOREN	17
2.3.1 <i>Gebrek aan kennis en opleiding</i>	17
2.3.2 <i>Misdiagnose</i>	17
2.3.3 <i>Beperkte mogelijkheid diagnostische middelen</i>	18
2.3.4 <i>Stigma en normalisering van klachten</i>	18
2.4 SYSTEEMVERTRAGING	19
3 GEVOLGEN VAN DIAGNOSTISCHE VERTRAGING	20
3.1 INVLOED OP BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN	20
3.2 INVLOED OP HET PSYCHOLOGISCH WELZIJN	21
3.2.1 <i>Gevolgen door vertraging</i>	21
3.2.2 <i>Depressie en angst</i>	21
3.2.3 <i>Stress en coping</i>	22
3.2.4 <i>Stigma</i>	22
3.3 INVLOED OP LEVENSKWALITEIT.....	23
3.3.1 <i>Seksuele gezondheid en relatiekwaliteit</i>	23
3.3.2 <i>Maatschappelijk functioneren</i>	24
3.3.3 <i>Financiële gevolgen</i>	24
3.4 INVLOED OP DE VRUCHTBAARHEID	25
3.4.1 <i>Biologische mechanismen</i>	25
3.4.2 <i>Routes naar zwangerschap bij endometriose</i>	26

3.4.3	Symptoombehandeling.....	27
4	RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK VAN DE VROEDVROUW	28
4.1	GYNACOLOGIE	28
4.2	DIAGNOSTISCHE VERTRAGING VERMINDEREN	29
4.2.1	Vroegtijdig herkennen van mogelijke endometriose	29
4.2.2	Eerder verwijzen van vrouwen met mogelijk endometriose.....	30
4.3	ONDERSTEUNING BIJ KINDERWENS NA DIAGNOSE ENDOMETRIOSE	30
4.4	GEZONDHEIDSVORLICHTING.....	31
5	MULTIDISCIPLINAIRE EN COMPLEMENTAIRE ZORG	32
5.1	COMPLEMENTAIRE BEHANDELINGEN	32
5.1.1	Osteopathie	32
5.1.2	Bekkenbodembodemkinesithérapie	33
5.2	PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING.....	33
5.3	MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	34
6	PRAKTIJKDEEL.....	35
6.1	METHODIEK	35
6.1.1	Tijd.....	35
6.1.2	Kwaliteit en informatie	35
6.1.3	Organisatie	36
6.1.4	Geld en duurzaamheid	36
6.2	DOELGROEP	36
6.3	ONTWIKKELING VAN HET SPELCONCEPT	37
6.4	OPZET VAN HET GEZELSCHAPSSPEL	38
6.4.1	Doel van het spel	38
6.4.2	Kaarten	38
6.4.3	Het spel	40
6.5	TESTFASE EN EVALUATIE	40
	ALGEMEEN BESLUIT	42
	LITERATUURLIJST	44
	BIJLAGEN	50
	BIJLAGE A: DE SPELREGELS.....	51
	BIJLAGE B: HET SPELBORD	57
	BIJLAGE C: SPELKAARTEN	58
	BIJLAGE D: KENNISTEST	77
	BIJLAGE E: FOTO'S VAN HET SPEL	81

Woord vooraf

Met het uitwerken van deze bachelorproef rond ik een belangrijk traject binnen mijn opleiding vroedkunde af. Vanuit persoonlijke ervaringen ontstond mijn interesse om mij te verdiepen in de diagnostische vertraging bij endometriose. Door de uitgevoerde literatuurstudie kreeg ik meer inzicht in de complexiteit van deze aandoening en de impact ervan op het fysieke en mentale welzijn van vrouwen. Het was een uitdagend, maar tegelijkertijd bijzonder leerrijk proces dat mijn interesse alleen maar verder heeft doen groeien. Daarom wil ik graag enkele mensen bedanken die mij tijdens dit traject hebben ondersteund en begeleid.

Als eerste wil ik graag mijn externe promotor, mevrouw Lieselot Theys, bedanken voor het delen van haar expertise, de waardevolle feedback en de aangename begeleiding gedurende het traject. Daarnaast wil ik ook graag mijn interne promotor, mevrouw Rebecca De Beir, bedanken voor haar ondersteuning, feedback en begeleiding tijdens het volledige proces.

Verder wil ik ook mijn familie en vrienden voor hun begrip, steun en luisterend oor tijdens de afgelopen periode. Ook mijn medestudenten wil ik bedanken voor de hulp die zij mij hebben geboden. Ik kon steeds bij hen terecht met mijn vragen en voor de nodige aanmoediging.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Lineke van Niejenhuis

Dalfsen, mei 2026



Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat zijn haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd, gefotokopieerd en digitaal ter beschikking wordt gesteld.

Inleiding

Endometriose is een chronische aandoening die een grote impact kan hebben op het leven van vrouwen. Hoewel ongeveer één op de tien vrouwen endometriose heeft, blijft kennis over de aandoening beperkt en wordt de diagnose vaak laattijdig gesteld. Uit recente literatuur blijkt dat de gemiddelde tijd tussen het optreden van de eerste symptomen en de uiteindelijke diagnose wereldwijd varieert van één tot twaalf jaar (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2025; Fryer et al., 2024; Li et al., 2025). Deze vertraging kan belangrijke consequenties hebben, zeker voor vrouwen met een kinderwens. Dit komt doordat endometriose niet alleen gepaard gaat met fysieke klachten, maar ook invloed kan hebben op de vruchtbaarheid, psychologisch welzijn en de levenskwaliteit.

De diagnostische vertraging van endometriose heeft mijn aandacht getrokken. In het bijzonder de gevolgen die de laattijdige diagnose met zich mee kunnen brengen bij vrouwen die een kinderwens hebben. Ik ondervind zelf de complexiteit die de diagnose met zich meebrengt, waardoor ik al een jarenlange zoektocht heb naar de juiste diagnose. De maatschappelijke aandacht voor endometriose neemt toe, maar ik merk dat zorgverleners en vrienden in mijn omgeving vaak niet weten wat het precies inhoudt. De vertraging kan door onvoldoende kennis bij patiënten oplopen tot de helft van de totale diagnostische vertraging, maar ook gebrek aan kennis en opleiding bij zorgverleners speelt een belangrijke rol in de vertraging (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021).

Vroedvrouwen, vooral in de eerste lijn, kunnen geconfronteerd worden met vrouwen met een kinderwens die endometriose hebben. Hierdoor is het van belang dat de vroedvrouw voldoende kennis heeft om gezondheidsvoorlichting te kunnen geven. In de opleiding vond ik het onderwerp weinig aanbod komen, terwijl een vroegtijdige diagnose van groot belang is. Daarom staat in deze bachelorproef de volgende onderzoeksvraag centraal: Wat zijn de belangrijkste oorzaken voor diagnostische vertraging bij endometriose en wat zijn de belangrijkste gevolgen van de diagnostische vertraging bij vrouwen met endometriose die een kinderwens hebben?

De hoofdonderzoeksvraag wordt in deze bachelorproef beantwoord aan de hand van volgende subonderzoeksvragen:

- Wat is endometriose?
- Welke factoren binnen de gezondheidszorg spelen een rol bij de vertraagde diagnose van endometriose?
- Welke invloed heeft een late diagnose op de mogelijke behandeling bij vrouwen met een kinderwens?
- Welke invloed heeft een late diagnose van endometriose op het psychologisch welzijn en de levenskwaliteit bij vrouwen met een kinderwens?

- Welke invloed heeft een late diagnose van endometriose op de vruchtbaarheid bij vrouwen met een kinderwens?
- Welke rol kan de vroedvrouw spelen in het vroegtijdig herkennen en verwijzen van vrouwen met mogelijke endometriose om diagnostische vertraging te verminderen?
- Hoe kan de vroedvrouw ondersteuning bieden bij patiënten met een kinderwens die de diagnose endometriose hebben gekregen?
- Hoe kan de vroedvrouw gezondheidsvoorlichting geven over endometriose?

De subonderzoeksvragen zoals hierboven beschreven worden thematisch in de verschillende hoofdstukken uitgewerkt. Als eerste wordt de definitie van endometriose uitgelegd. Vervolgens worden de mogelijke oorzaken van diagnostische vertraging in beeld gebracht. Daarna wordt ingegaan op de gevolgen van een laattijdige diagnose. Hierbij wordt de impact van een vertraagde diagnose op het psychologisch welzijn, kwaliteit van leven, mogelijke behandelingen en vruchtbaarheid besproken. Ook de gevolgen van de ziekte zelf komen hierbij aan bod. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de relevantie voor de vroedvrouw en multidisciplinaire zorg besproken. Tot slot wordt het praktijkdeel van deze bachelorproef toegelicht. Dit bestaat uit een educatie gezelschapsspel dat als doel heeft de kennis en bewustwording rond endometriose te vergroten en zo bij te dragen aan een vroegtijdige herkenning en diagnose van de aandoening.

1 Definitie endometriose

1.1 Inleiding

Endometriose is een vaak pijnlijke chronische gynaecologische aandoening die door de aanwezigheid van weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies (endometrium) buiten de baarmoeder wordt gekenmerkt (Mariadas et al., 2025; Signorile et al., 2023; Sims et al., 2021). Dit kan leiden tot chronische pijn, onvruchtbaarheid en een verminderde levenskwaliteit. De exacte oorzaak van endometriose is voorlopig niet bekend, al zijn er wel verschillende theorieën over het ontstaan van endometriose. Geen van deze theorieën kan het ontstaan van endometriose volledig verklaren. Endometriose is waarschijnlijk een multifactoriële ziekte met genetische, immunologische, hormonale en omgevingsfactoren die de ziekte beïnvloeden (Mariadas et al., 2025).

1.2 Epidemiologie

De exacte prevalentie is onbekend en lastig in te schatten. Onder alle vrouwen wordt geschat dat 2% tot 10% endometriose heeft (Becker et al., 2022; Sims et al., 2021). Sims et al. (2021) geven aan dat dit percentage hoger ligt bij vrouwen met chronische bekkenpijn, in deze groep wordt geschat dat 47% endometriose heeft en bij vrouwen met onvruchtbaarheid heeft 34% daarbij ook endometriose. Volgens Becker et al. (2022) loopt het percentage bij onvruchtbare vrouwen zelfs op tot 50%.

De systematische review van Sarria-Santamera et al. (2021) toont aan dat de werkelijke prevalentie lager ligt, zo varieert de prevalentie tussen de 1% en 5%. De echte incidentie en prevalentie zijn lastig in te schatten door de grote verscheidenheid aan symptomen en afwezigheid van specifieke biomarkers voor de diagnose (Sarria-Santamera et al., 2021). Doordat de diagnose lastig te stellen is, ontstaan er uiteenlopende schattingen. Signorile et al., (2023) specificeren hun cijfers tot vrouwen in de reproductieve leeftijd. In deze groep treft endometriose 5% tot 10% van de vrouwen. De grote variatie in prevalentie toont aan hoe moeilijk endometriose vast te stellen is en draagt een verschil in de populatie per studie ook bij aan grote variabiliteit in de cijfers.

1.3 Etiologie

1.3.1 Retrograde menstruatie

De theorie van John Sampson is de bekendste theorie. Volgens het Sampson-model ontstaat endometriose door een retrograde menstruatie. Dit betekent dat het menstruatiebloed, inclusief het endometrium, via de eileiders terug de buikholte in stroomt. Dit model verklaart voornamelijk pelviene endometriose en verklaart niet waarom endometriose ook buiten het bekken wordt gevonden. Er bestaan bij deze theorie ook enkele tegenstrijdigheden. Een retrograde menstruatie komt namelijk bij de meerderheid van de vrouwen voor, terwijl maar 10% van de vrouwen endometriose ontwikkelt (Mariadas et al., 2025; Mikhaleva et al., 2021; Signorile et al., 2023).

1.3.2 Metaplastische theorie

De metaplastische theorie benoemt dat endometriosehaarden mogelijk afkomstig zijn van multipotent peritoneum. Hierdoor kan worden verklaard waarom endometriose ook buiten het bekken voorkomt. De verschillende celtypen, waaronder peritoneale stamcellen, endometriale stamcellen, beenmergcellen en andere cellen, kunnen onder invloed van hormonale of immunologische factoren metaplastische veranderingen ondergaan. Op deze manier kunnen de cellen differentiëren in endometriosecellen en zo zich ontwikkelen tot endometriose. Deze theorie wordt ondersteund door de rol van beenmergcellen bij peritoneale reparatie. Hierbij wordt benadrukt dat de metaplastische cellen die betrokken zijn bij endometriose genetisch en epigenetisch vergelijkbaar zijn met endometriumcellen (Mariadas et al., 2025; Mikhaleva et al., 2021).

1.3.3 Embryonale resttheorie

De theorie over Mülleriaanse restanten suggereert dat endometriose ontstaat uit overblijfselen van embryonaal weefsel die zich kunnen differentiëren tot endometriumweefsel. De overgebleven Müllercellen differentiëren onder bepaalde omstandigheden, zoals hormonale veranderingen tijdens de puberteit, tot endometriosecellen die periodiek worden afgestoten en retrograde bloedingen veroorzaken (Mariadas et al., 2025; Mikhaleva et al., 2021).

1.4 Klinisch beeld

Endometriose is een chronische ziekte die een grote impact heeft op de levenskwaliteit van de patiënt. Klachten die voor kunnen komen bij endometriose zijn dysmenorroe, diepe dyspareunie, pijn bij het urineren (dysurie), vermoeidheid, pijn bij de stoelgang (dyschezie), pijn in de punt van de schouder, pijnlijke rectale bloedingen of hematurie, een klaplong gelinkt aan de menstruatie (catameniale pneumothorax) en onvruchtbaarheid. Ook kunnen klachten cyclisch voorkomen, zoals cyclische hoest, hemoptysis (bloed ophoesten), pijn op de borst en littekenzwelling en -pijn. Infertiliteit en pijn behoren tot de meest gerapporteerde symptomen (Becker et al., 2022). Naast de aanwezigheid van pijn en fysieke klachten heeft de ziekte ook invloed op fertiliteit, maatschappelijk functioneren en psychische problemen (Signorile et al., 2023)

1.5 Preventie en risicofactoren

Doordat er geen duidelijke oorzaak is, is het onduidelijk of er primaire preventieve maatregelen bestaan en hoe effectief deze zijn. Uit onderzoek komen er wel meerdere risicofactoren naar voren. Het hebben van een eerstegraads familielid met endometriose lijkt een risicofactor te zijn, maar de associatie met genetische oorsprong is nog onbekend (Shafrir et al., 2018; Sims et al., 2021). Daarnaast worden ook een vroege menarche, korte menstruatiecyclus (<27 dagen) en lange menstruatiebloedingen (> 7 dagen) als risicofactoren gezien (Shafrir et al., 2018; Signorile et al., 2023; Sims et al., 2021). Shafrir et al. (2018) benoemen ook nog een laag geboortegewicht, laag BMI, alcoholgebruik en cafeïnegebruik als risicofactor. Er zijn ook factoren die worden geassocieerd met een lager risico op endometriose, maar over de effectiviteit is weinig bekend. Orale anticonceptie, fysieke activiteiten, grotere pariteit, borstvoeding en het eten van veel groente, fruit, vis en omega-3 kunnen bijdragen aan een verlaagde kans op endometriose (Shafrir et al., 2018; Sims et al., 2021). Volgens de ESHRE-richtlijnen is er geen direct bewijs dat deze factoren een gunstig effect hebben op het voorkomen van endometriose. Ook het gebruik van hormonale anticonceptiva voor primaire preventie van endometriose wordt als onzeker beschouwd (Becker et al., 2022)

1.6 Diagnostiek

De groep die de richtlijnen ontwikkeld heeft, geeft het advies aan artsen om de diagnose endometriose te overwegen bij patiënten met de symptomen zoals eerder beschreven. Hoewel de diagnostische nauwkeurigheid laag is, is het wel van belang om klinisch onderzoek, eventueel inclusief vaginaal onderzoek, te overwegen om diepe knobbels of endometriomen op te sporen. Zelfs als het klinisch onderzoek normaal is, is het wel van belang om bij een vermoeden van

endometriose verdere diagnostische stappen, zoals beeldvorming, te ondernemen (Becker et al., 2022).

Niet alle medische technologieën zijn even betrouwbaar om te gebruiken bij het stellen van de diagnose. Vaak wordt een invasieve techniek, zoals een laparoscopie nog als gouden standaard beschouwd. Er wordt wel steeds meer onderzoek gedaan naar niet-invasieve diagnostische middelen. Nisenblat et al. (2016) analyseerden biomarkers in endometriumweefsel, bloed, menstruatie- of baarmoedervocht en urine. Zij concludeerden dat deze methodes helaas niet op een zinvolle manier konden worden ingezet voor diagnostiek. In recenter onderzoek wordt een diagnostische test op basis van speekselanalyse van microRNA's beschreven. Deze niet-invasieve methode kan worden gebruikt voor diagnostisering, maar heeft nog verdere validatie nodig om in de toekomst gebruikt te kunnen worden (Bendifallah et al., 2022)

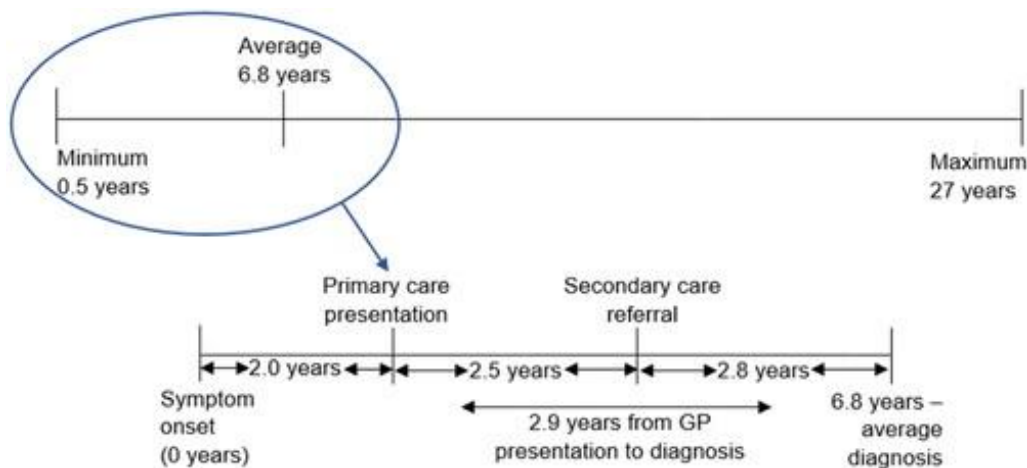
Het gebruik van medische beeldvorming, zoals echo of MRI, wordt geadviseerd om in te zetten bij de diagnostiek. Echter is het wel van belang dat negatieve beeldvorming endometriose niet uitsluit (Becker et al., 2022; Signorile et al., 2023). Bij negatieve beeldvorming, maar wel een vermoeden van endometriose, kan een laparoscopie overwogen worden. Ook in dit geval betekent een negatieve histologie niet dat endometriose uitgesloten kan worden (Becker et al., 2022). Hoewel laparoscopie in de meeste literatuur nog als gouden standaard wordt beschouwd (Signorile et al., 2023), wordt er in de ESHRE-richtlijnen beschreven dat de diagnose ook op basis van klinische symptomen gesteld kan worden en behandeling kan worden gestart (Becker et al., 2022).

Laparoscopie en medische beeldvorming gecombineerd met hormonale behandeling kunnen beide overwogen worden bij een vermoeden van endometriose. Er is geen bewijs dat de ene behandeling beter is dan de andere. De voor- en nadelen moeten per patiënt worden afgewogen (Becker et al., 2022).

2 Belangrijkste oorzaken van diagnostische vertraging

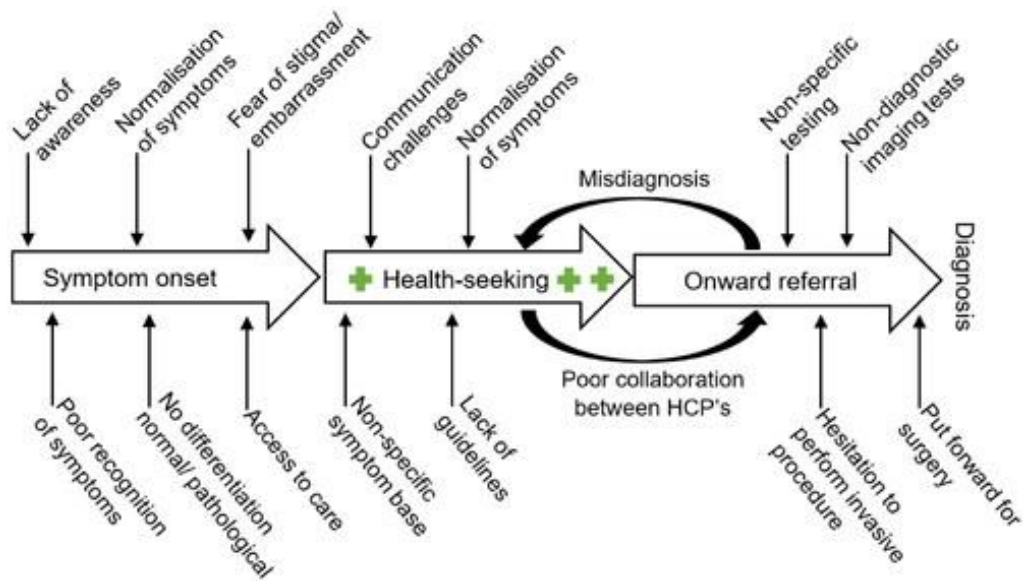
2.1 Inleiding diagnostische vertraging

Endometriose is een chronische gynaecologische aandoening waarbij de eerste symptomen vaak al in de adolescentie optreden. De diagnose wordt doorgaans pas jaren later gesteld, waardoor de diagnostische vertraging al begint voordat vrouwen een actieve kindervens hebben. De diagnostische vertraging vormt een wereldwijd probleem. Het duurt gemiddeld vijf tot twaalf jaar voordat de diagnose gesteld wordt. De vertraging wordt in de meeste studies gedefinieerd als de periode tussen het optreden van de eerste symptomen en het moment van de diagnose (De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024). Ondanks toenemende wetenschappelijke aandacht is deze periode de afgelopen decennia nauwelijks verkort (De Corte et al., 2024).



Figuur 1: Schematische weergave van gemiddelde diagnostische vertraging voor endometriose (Fryer et al., 2024)

De literatuur beschrijft diagnostische vertraging als het resultaat van een samenspel tussen factoren op drie niveaus: patiënt, zorgverlener en zorgsysteem (Davenport et al., 2023; Fryer et al., 2024; Li et al., 2025; Simpson et al., 2021). Over deze indeling komt de literatuur overeen, terwijl de relatieve bijdrage per factor tussen studies varieert. Als patiëntgerelateerde factoren worden normalisering van menstruatiepijn, het gebruik van zelfzorgstrategieën en beperkte kennis over symptomen consistent genoemd als oorzaken voor vertraging (Davenport et al., 2023; Simpson et al., 2021). Op het niveau van de zorgverlener spelen beperkte kennis, variatie in de interpretatie van diagnostische testen en terughoudendheid bij invasieve procedures zoals laparoscopie een rol (Davenport et al., 2023; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Binnen het zorgsysteem dragen barrières, waaronder beperkte toegang tot gespecialiseerde zorg, lange wachttijden en inconsistent gebruik van richtlijnen, bij aan verdere vertraging (De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024).



Figuur 2: Route die de vertraging weergeeft (Fryer et al., 2024)

2.2 Patiëntgerelateerde factoren

Een belangrijk deel van de diagnostische vertraging bij endometriose ontstaat in de periode tussen het begin van de eerste symptomen en het eerste medische consult. De Corte et al. (2024) tonen aan dat bij een totale diagnostische vertraging van gemiddeld vijf tot twaalf jaar, ongeveer één tot vier jaar vertraging veroorzaakt wordt doordat patiënten wachten voordat ze medische hulp gaan zoeken. Davenport et al. (2023) bevestigen dat deze patiëntvertraging een aanzienlijk deel van de totale diagnostische vertraging kan uitmaken en dat dit zelfs kan oplopen tot de helft van de totale vertraging. Deze cijfers verschillen per studie, maar tonen aan dat een belangrijk deel van de vertraging reeds ontstaat voor het eerste contact met een zorgverlener. Deze vertraging ontstaat door verschillende factoren, waaronder normalisering van symptomen, verschillende zelfzorgstrategieën, gebrek aan kennis en sociaaleconomische- en culturele factoren. Deze factoren worden hieronder besproken.

2.2.1 Normalisering van symptomen

Een centrale factor in patiëntvertraging is de normalisering van menstruatiepijn en andere klachten. Hevige dysmenorroe en bekkenpijn worden vaak beschouwd als een normaal onderdeel van de menstruatiecyclus. Hierdoor wordt pathologie onvoldoende onderscheiden van fysiologische menstruatieklachten, wat leidt tot uitstel van medische consulten (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Simpson et al., 2021).

2.2.2 Zelfzorgstrategieën

Naast normalisering van symptomen maken veel patiënten langdurig gebruik van zelfzorgstrategieën om klachten te beheersen. Voorbeelden zijn het gebruik van warmwaterkruiken, warmtekussens, pijnstilling, het vermijden van sociale activiteiten en het nemen van meer rust. Hoewel deze strategieën tijdelijk verlichting kunnen bieden, dragen zij bij aan het uitstellen van het zoeken van medische hulp, doordat symptomen gemaskerd worden (Davenport et al., 2023).

2.2.3 Gebrek aan kennis

Beperkte kennis over endometriose en menstruatieklachten vormt een andere verklaring voor patiëntvertraging. In de literatuur wordt consequent beschreven dat zowel adolescenten als volwassen vrouwen moeite hebben om onderscheid te maken tussen normale en abnormale klachten (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Maatschappelijke taboes rondom menstruatie spelen hierbij een versterkende rol. De symptomen worden verborgen gehouden voor anderen en hierdoor wordt de kans om vergelijkingsmateriaal te verzamelen gemist. Doordat er weinig tot niet over gesproken wordt, weten velen ook niet wat normale en wat abnormale klachten zijn (Davenport et al., 2023; Simpson et al., 2021).

In de adolescentie speelt onvoldoende voorlichting een rol voor de vertraging. Endometriose komt vaak nauwelijks aan bod in het onderwijs over seksualiteit, waardoor jongeren onvoldoende kennis over abnormale menstruatieklachten hebben (Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Dit kan ertoe leiden dat zij langer wachten met het zoeken van medische hulp en pas op volwassen leeftijd met de gevolgen van de aandoening worden geconfronteerd. Ook op volwassen leeftijd blijft kennis ontoereikend. Vrouwen interpreteren klachten regelmatig als behorend tot het normale spectrum, zelfs wanneer deze ernstig zijn, wat bijdraagt aan uitstel in het zoeken van medische hulp (Davenport et al., 2023).

2.2.4 Sociaaleconomische en culturele factoren

De normalisering van abnormale menstruatieklachten wordt versterkt door sociale en familiale contexten waarin zelden hierover gesproken wordt. Daarnaast speelt menstruatiestigma een belemmering in het zoeken van medische hulp. Praten over menstruatieproblemen wordt sociaal onacceptabel ervaren (Davenport et al., 2023; Sims et al., 2021). Ook sociaaleconomische status en toegang tot de gezondheidszorg spelen een rol (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Fryer et

al., 2024). Vooral in landen zonder universele gezondheidszorg vormen financiële barrières een duidelijke belemmering. Zelfs patiënten met een zorgverzekering ervaren een financiële drempel om een arts te bezoeken vanwege de hoge eigen bijdragen (Davenport et al., 2023).

2.3 Zorgverlenergerelateerde factoren

2.3.1 Gebrek aan kennis en opleiding

Gebrek aan kennis en opleiding spelen een belangrijke rol in de vertraging die optreedt door de zorgverleners (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Door het gebrek aan kennis over normale en abnormale menstruatiepijn bij patiënten, vinden zij het vaak lastig om hun klachten juist te verwoorden. Daarnaast is er tijdens consultaties vaak onvoldoende tijd om menstruatieklachten uitgebreid te bespreken. Hierdoor worden symptomen vaak onvoldoende herkend of verkeerd geïnterpreteerd door zorgverleners. Dit kan ertoe leiden dat klachten niet serieus worden genomen of worden genormaliseerd, waardoor een verkeerde of geen diagnose gesteld wordt (Simpson et al., 2021). Het gebrek aan kennis wordt versterkt door het gebrek aan klinische richtlijnen en niet-invasieve diagnostische testen. Zorgverleners zijn hierdoor terughoudend om de diagnose endometriose te overwegen (Becker et al., 2022; Fryer et al., 2024). Simpson et al. (2021) benadrukken dat tekortkomingen in de opleiding en bijscholing uiteindelijk kunnen leiden tot onvoldoende klinisch inzicht en langdurige diagnostische trajecten.

2.3.2 Misdiagnose

Misdiagnoses komen vaak voor doordat de symptomen van endometriose overlappen met andere aandoeningen. Tot 65% van de vrouwen met endometriose krijgt in eerste instantie een verkeerde diagnose (Signorile et al., 2023). Met name de overlap in symptomen met gastro-intestinale aandoeningen zoals inflammatoire darmziekten (IBD) en het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) speelt hierbij een rol. Differentiatie tussen de deze aandoeningen en endometriose is klinisch complex aangezien endometriose eveneens klachten als buikpijn en obstructieve klachten kan geven die ook frequent voorkomen bij gastro-intestinale aandoeningen. Vooral wanneer symptomen atypisch of niet-cyclisch zijn is het onderscheid lastig (Chiaffarino et al., 2020).

Daarnaast wordt dysmenorroe bij adolescenten vaak verkeerd geïnterpreteerd, wat bijdraagt aan een vertraagde diagnose (Simpson et al., 2021). Bij primaire dysmenorroe is er sprake van menstruatiepijn zonder aantoonbare bekkenpathologie, terwijl secundaire dysmenorroe wordt veroorzaakt door een onderliggende oorzaak zoals endometriose. Wanneer bij adolescenten met

dysmenorroe onvoldoende respons optreedt op niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's), dan moet verder onderzoek gedaan worden naar een eventuele onderliggende oorzaak (Sachedina & Todd, 2020).

Volgens Becker et al. (2022) zijn de symptomen van endometriose zeer divers wat bijdraagt aan diagnostische onzekerheid. Symptomen worden ook vaak verkeerd geïnterpreteerd. Dit kan leiden tot een onnodig lang diagnostisch proces of onnodige behandelingen. Het vergroten van het bewustzijn van huisartsen en eerstelijnszorgverleners en het vermogen om symptomen van endometriose te herkennen kan de tijd tot diagnose verkorten (Li et al., 2025).

2.3.3 Beperkte mogelijkheid diagnostische middelen

Er bestaat geen niet-invasieve diagnostische test om de diagnose vast te stellen. De vertraging ontstaat volgens Davenport et al. (2023) via twee manieren. Ten eerste worden er vaak onspecifieke onderzoeken gebruikt om endometriose ten onrechte uit te sluiten. Dit wordt door de ESHRE richtlijnen bevestigd. Medische beeldvorming en vaginaal onderzoek kunnen de diagnose bevestigen, maar bij negatief resultaat kan het endometriose niet uitsluiten. Dit heeft als gevolg dat patiënten na deze onderzoeken bij negatief resultaat hun zoektocht naar een diagnose moeten verder zetten (Becker et al., 2022). Ten tweede wordt de diagnostisering vertraagd omdat een laparoscopische ingreep niet de voorkeur heeft (Davenport et al., 2023; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Ondanks dat een laparoscopie de gouden standaard was voor een diagnose, bestaan er ook veel twijfels over het belang van een invasieve test. De ESHRE richtlijnen geven aan dat laparoscopie alleen nog maar aanbevolen wordt bij patiënten met negatieve medische beeldvorming of waar hormonale behandeling onvoldoende werking heeft. Er is namelijk geen bewijs dat een laparoscopie beter is dan medische beeldvorming en hormonale behandeling (Becker et al., 2022).

2.3.4 Stigma en normalisering van klachten

Veelvoorkomende symptomen zoals dysmenorroe, leiden vaak niet tot verder onderzoek door een arts. Symptomen van menstruatiepijn worden als normaal beschouwd door artsen. Daarnaast nemen ze de pijnklachten van patiënten niet serieus. Klachten worden hierdoor niet als pathologisch herkend en verdere diagnostiek blijft uit (Simpson et al., 2021; Sims et al., 2021). Vooral niet-gespecialiseerde zorgverleners, zoals huisartsen normaliseren en negeren de klachten. Zij verwijzen hierdoor ook niet door naar gespecialiseerde zorg, wat bijdraagt aan een vertraagde diagnose (Li et al., 2025).

2.4 Systeemvertraging

In publieke zorgsystemen blijken vooral lange wachttijden bij te dragen aan vertraging. Fryer et al. (2024) rapporteren dat patiënten die afhankelijk zijn van publieke gezondheidszorg gemiddeld aanzienlijk langer wachten op zorg dan patiënten die hulp zoeken in de privéklinieken.

Verschillende studies benadrukken dat tekortkomingen binnen de multidisciplinaire samenwerking kunnen bijdragen aan diagnostische vertraging bij endometriose. Dipankar et al. (2025) en Mazur-Bialy et al. (2024) wijzen op het ontbreken van een geïntegreerde aanpak binnen de gezondheidszorg. Daarnaast benadrukken zij het belang van multidisciplinaire samenwerking. De mogelijke rol van de vroedvrouw in vroegtijdige herkenning en doorverwijzing wordt verder besproken in hoofdstuk 4. Het belang van multidisciplinaire samenwerking binnen de begeleiding van vrouwen met endometriose komt aan bod in hoofdstuk 5.

Zorgverleners stellen vaak een voorlopige diagnose op basis van symptomen, lichamelijk onderzoek, beeldvorming en reactie op behandeling. Toch blijft een laparoscopische evaluatie met histologisch onderzoek de manier om de definitieve diagnose te bevestigen. De operatieve aanpak wordt bekritiseerd door de risico's en beperkingen ervan. Hierdoor wordt een barrière gevormd en vergroot dit de obstakels voor de diagnose voor patiënten, zorgverleners en gezondheidszorgsystemen. Patiënten met endometriose ervaren hierdoor wereldwijd vertragingen en lange wachttijden (Cromeens et al., 2021).

3 Gevolgen van diagnostische vertraging

3.1 Invloed op behandelingsmogelijkheden

De diagnostische vertraging heeft niet alleen grote gevolgen voor het ziekteverloop, maar beïnvloedt ook de keuze en effectiviteit van behandelingen. De vertraging kan leiden tot een domino-effect van negatieve uitkomsten. Dit zijn onder andere hogere zorgkosten, een grotere psychologische impact, een verminderde kwaliteit van leven en het heeft invloed op de vruchtbaarheid. Onbehandelde endometriose kan progressief verergeren en uiteindelijk leiden tot onvruchtbaarheid en complicaties tijdens de zwangerschap (Li et al., 2025). Deze bevindingen worden versterkt door Dipankar et al. (2025), die benadrukken dat in vroege stadia de symptomen vaak mild of wisselend aanwezig zijn. Dit bemoeilijkt de herkenning van de aandoening. Hierdoor wordt de diagnose vaak pas vastgesteld wanneer de ziekte al verder gevorderd is of wanneer er complicaties, zoals verminderde vruchtbaarheid, optreden. Volgens Li et al. (2025) en Dipankar et al. (2025) heeft een latere diagnose gevolgen voor het behandeltraject. Naarmate de ziekte verder gevorderd is, worden behandelingen complexer en minder effectief. Daarnaast wijzen Dipankar et al. (2025) op het gebrek aan een geïntegreerde aanpak in de meeste zorgsystemen, waarbij samenwerking tussen verschillende specialismen essentieel is.

Behandelopties voor endometriose in relatie tot vruchtbaarheid omvatten laparoscopische chirurgie, medicamenteuze behandelingen en geassisteerde voortplantingstechnieken (ART). Medicamenteuze therapieën zijn effectief in symptoomcontrole, maar hun rol binnen fertiliteitsbehandeling is beperkt (Hodgson et al., 2020).

Binnen de context van fertiliteit kan diagnostische vertraging ook invloed hebben op de prognose-inschatting en het behandeladvies na chirurgische behandeling van endometriose. De endometriose-vruchtbaarheidsindex (EFI), ontwikkeld door Adamson en Pasta (2010), is een gevalideerd klinisch instrument dat wordt gebruikt om de kans op spontane zwangerschap na chirurgische behandeling van endometriose te voorspellen. De EFI combineert patiëntgebonden factoren, zoals leeftijd, eerdere zwangerschappen en duur van infertiliteit, met chirurgische bevindingen. Op basis van deze variabelen wordt een score tussen de 0 en 10 berekend. Hogere scores worden geassocieerd met een grotere kans op natuurlijke conceptie. De EFI wordt voornamelijk ingezet om patiënten te informeren over hun reproductieve prognose en de mogelijke behandelopties (Manu et al., 2025). Volgens Tomassetti et al. (2021) kan de EFI preoperatief worden ingeschat en biedt het een belangrijke meerwaarde in de counseling rond fertiliteit en de planning van verdere behandeling.

3.2 Invloed op het psychologisch welzijn

3.2.1 Gevolgen door vertraging

De vertragingen in de diagnose van endometriose hebben significante negatieve effecten op het fysieke en mentale welzijn van de patiënten. Patiënten die een late diagnose krijgen, ervaren een verergering van symptomen en een verminderde levenskwaliteit. Daarnaast leidt een vertraagde diagnose tot meer frustratie, stress en een verstoord zelfbeeld bij patiënten. Bij de zoektocht naar de juiste diagnose ervaren patiënten gevoelens van hopeloosheid (Li et al., 2025). Dipankar et al. (2025) benoemen dat de combinatie van aanhoudende pijn, vruchtbaarheidsproblemen en een vertraagde medische diagnose leidt tot verhoogde angstniveaus, depressieve gevoelens en een toename in stress. Door de lange diagnostische vertragingen leven patiënten jaren met onbehandelde of onvoldoende gecontroleerde symptomen. Dit heeft grote invloed op het psychologische welzijn en de levenskwaliteit (Dipankar et al., 2025).

Verergering van symptomen gaat gepaard met een verslechtering van de mentale gezondheid. De diagnostische vertraging wordt geassocieerd met een toename van symptomen. Indirect heeft de vertraging dus invloed op het psychologische welzijn (Dipankar et al., 2025).

3.2.2 Depressie en angst

Angst en depressie komen vaker voor bij vrouwen met endometriose in vergelijking met de algemene bevolking. De prevalentie van psychische klachten bij vrouwen met endometriose en de algemene populatie wordt weergegeven in tabel 1. Dit komt omdat zij te maken hebben met langdurige pijn, vruchtbaarheidsproblemen en langdurige diagnostische vertragingen. Ongeveer de helft van vrouwen met endometriose ervaart depressieve gevoelens. Daarnaast toont 30 tot 40% significante angstniveaus. (Dipankar et al., 2025).

Tabel 1: Prevalentie van psychische klachten bij vrouwen met endometriose en de algemene populatie
(vertaling van Dipankar et al., 2025)

	Prevalentie bij patiënten met endometriose	Prevalentie in de algemene bevolking
Depressie	50%	20-25%
Angst	30-40%	15-20%
Chronische stress	30-50%	Niet van toepassing
Posttraumatische Stressstoornis (PTSS)	10-20%	5-7%

Deze bevindingen komen overeen met de systematische review van Kalfas et al. (2022). Hierin wordt aangetoond dat angst en depressie consequent geassocieerd worden met een verminderde gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven bij vrouwen met endometriose. Vooral hogere angstniveaus hangen samen met een verhoogde pijnintensiteit en worden ervaren als een grotere ziektelast. Voor depressieve symptomen wordt eveneens een associatie met een lagere kwaliteit van leven gevonden, al zijn deze verbanden minder consistent tussen studies.

Kalfas et al. (2022) benadrukken dat de relatie tussen pijn en psychische klachten waarschijnlijk bidirectioneel is, waarbij pijn kan bijdragen aan depressieve symptomen, maar depressieve symptomen ook de pijnbeleving kunnen versterken.

3.2.3 Stress en coping

Vrouwen die lang klachten ervaren door endometriose, ook als ze nog geen diagnose hebben, hebben een verhoogd risico op stressklachten. Ze hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van symptomen die verband houden met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Door het aanwezige maatschappelijke stigma rond menstruatiepijn en onvruchtbaarheid ontwikkelen vrouwen met (een vermoeden van) endometriose copingsmechanismen. Deze strategieën kunnen de levenskwaliteit verminderen en een negatieve invloed hebben op de psychische gezondheid (Dipankar et al., 2025).

Aanvullend beschrijven Kalfas et al. (2022) dat stress een belangrijke rol speelt in de relatie tussen pijnervaring en psychologisch functioneren bij vrouwen met endometriose. Maladaptieve copingsmechanismen worden geassocieerd met een hogere pijnintensiteit en een slechtere kwaliteit van leven. Kalfas et al. (2022) benadrukken dat stress en copingsmechanismen niet enkel het gevolg zijn van de aandoening, maar ook actief bijdragen aan de ervaren ziektelast.

3.2.4 Stigma

Endometriosepatiënten worden geconfronteerd met stigma dat voortkomt uit onjuiste maatschappelijke opvattingen over de aandoening. Menstruatiepijn wordt vaak als normaal beschouwd, waardoor klachten van vrouwen regelmatig worden gebagatelliseerd en onvoldoende erkend. Daarnaast is er ook te weinig voorlichting in de samenleving, wat de ziekte voor velen onbekend maakt. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen hun klachten minder snel delen, met sociaal isolement en een verhoogde emotionele belasting als mogelijk gevolg. Het stigma rond menstruatiepijn en onvruchtbaarheid wordt in verband gebracht met onvoldoende sociale steun,

beperkte toegang tot zorg en een vertraagde medische diagnose. Uiteindelijk kan dit bijdragen aan het verergeren van zowel fysieke als psychische symptomen (Dipankar et al., 2025).

Sims et al. (2021) vullen dit aan door te beschrijven dat stigma bij endometriose zowel op individueel als op maatschappelijk niveau aanwezig is en een belangrijke rol speelt in het psychosociaal welzijn van patiënten. Stigma kan leiden tot gevoelens van schaamte en normalisering van klachten. Hierdoor kunnen vrouwen terughoudend zijn om symptomen te bespreken met zorgverleners (Sims et al., 2021). Deze terughoudendheid draagt rechtstreeks bij aan diagnostische vertraging. Beide studies tonen daarmee aan dat stigma niet alleen de beleving van klachten beïnvloedt, maar ook het gedrag om hulp te zoeken structureel kan vertragen (Dipankar et al., 2025; Sims et al., 2021).

3.3 Invloed op levenskwaliteit

Endometriose beïnvloedt het dagelijks functioneren, de carrièrekansen, relaties en de levenskwaliteit in het algemeen (Dipankar et al., 2025).

3.3.1 Seksuele gezondheid en relatiekwaliteit

Een verminderde levenskwaliteit bij vrouwen met endometriose hangt samen met een lagere relatiekwaliteit. Onderzoek toont aan dat partners vaker spanningen in hun relatie ervaren als gevolg van endometriose. Daarnaast kan de vaak langdurige diagnostische vertraging deze relationele belasting versterken. Jaeger et al. (2024) rapporteerden een gemiddelde diagnostische vertraging van 9,2 jaar, waardoor vrouwen langdurig worden blootgesteld aan pijnklachten, vermoeidheid en psychologische stress. In sommige gevallen wordt endometriose zelfs genoemd als factor die bijdraagt aan echtscheidingen en relatiebreuken.

Een lagere levenskwaliteit hangt samen met een verminderde seksuele tevredenheid. Naast dyspareunie kunnen factoren zoals vermoeidheid, verminderd seksueel verlangen, stress en gevoelens van schaamte en onaantrekkelijkheid bijdragen aan slechtere seksuele ervaringen binnen de relatie. Bovendien wordt een slechtere levenskwaliteit geassocieerd met een groter wantrouwen tegenover de partner. Hoge stressniveaus hangen samen met een negatief relatiegedrag, waaronder minder vertrouwen in de partner en relationele conflicten (Culley et al., 2017; Jaeger et al., 2024).

Endometriose gaat vaak gepaard met problemen om zwanger te worden. Dit wordt uitgebreider besproken in hoofdstuk 3.4.2. De spanning die gepaard gaat met onvruchtbaarheid beïnvloedt het

welzijn van beide partners. Een on vervulde kinderwens in de context van endometriose kan een extra bron van stress vormen en mogelijk leiden tot relatieproblemen (Jaeger et al., 2024).

Culley et al. (2017) voerden een kwalitatief onderzoek uit naar de impact van endometriose op de partners. Hieruit bleek dat de aandoening ook voor partners ingrijpende gevolgen heeft. Vooral seksualiteit en intimiteit, het plannen en krijgen van kinderen en het werkzame leven worden beïnvloed. Door voornamelijk dyspareunie vindt seksuele activiteit minder frequent plaats binnen de relatie. Veel partners gaven aan zich bewust te zijn van de pijn van hun vrouw, waardoor zij terughoudender werden in fysieke intimiteit. Tegelijkertijd rapporteerden sommige koppels ook positieve effecten zoals een versterking van de relatie en verbeterde communicatieve vaardigheden (Culley et al., 2017; Jaeger et al., 2024).

3.3.2 Maatschappelijk functioneren

Endometriose heeft een aanzienlijke impact op het maatschappelijk functioneren. De aandoening gaat vaak gepaard met lichamelijke klachten, zo ervaart 60-80% van de vrouwen chronische bekkenpijn, 50% dyspareunie en 70% ernstige vermoeidheid. Deze klachten leiden tot grote beperkingen in mobiliteit, dagelijkse activiteiten en arbeidsproductiviteit. Naarmate de symptomen verergeren, nemen ziekteverzuim en problemen met functioneren op de werkvloer toe. De combinatie van vertraagde diagnose, medische bagatellisering en stigma rondom menstruatiegezondheid draagt bij aan gevoelens van onbegrip en sociaal isolement (Dipankar et al., 2025).

3.3.3 Financiële gevolgen

Patiënten met endometriose hebben vaak hoge kosten, dit komt door verlies van arbeidsproductiviteit en zorgkosten. Een late diagnose en behandeling zorgen voor grotere financiële problemen. Veel patiënten kunnen minder werken of zijn vaker afwezig op hun werk of school (Cromeens et al., 2021). Soliman et al. (2018) ontdekten dat mensen met endometriose meer gebruikmaken van de zorg en significant hogere jaarlijkse kosten hadden, zowel voor als na de diagnose. De financiële gevolgen nemen toe naarmate het langer duurt voordat de diagnose gesteld wordt. Uit onderzoek van Surrey et al. (2020) blijkt dat de totale zorgkosten bij patiënten significant hoger zijn bij een langere diagnostische vertraging. Dit komt doordat zij consequent meer spoedbezoeken en ziekenhuisopnames hebben in de periode voor de diagnose. Patiënten met een lange diagnostische vertraging hadden gemiddeld 60% hogere totale zorgkosten in vergelijking met patiënten met een snelle diagnose.

3.4 Invloed op de vruchtbaarheid

3.4.1 Biologische mechanismen

Er is steeds meer bewijs dat endometriose een negatieve invloed heeft op zowel de kwaliteit als de kwantiteit van eicellen. Verschillende studies tonen aan dat ontstekingsprocessen die met de aandoening gepaard gaan het bekkenmilieu veranderen. Dit wordt geassocieerd met een verminderde eicelkwaliteit en daarmee ook tot verminderde embryonale ontwikkeling en implantatiereceptiviteit (Cromeens et al., 2021; Hodgson et al., 2020). Hodgson et al. (2020) benadrukken dat er met name bij ernstigere vormen van endometriose anatomische schade kan ontstaan aan de eierstokken en eileiders. Dit kan het transport van embryo's belemmeren. Cromeens et al. (2021) voegen eraan toe dat structurele afwijkingen kunnen ontstaan in de voortplantingsorganen. Daarnaast kunnen immunologische en endocriene disfuncties de innesteling van een embryo verstoren. Ook kan de voorraad eicellen afnemen (Cromeens et al., 2021).

Naast de beschreven biologische mechanismen speelt ook de diagnostische vertraging een belangrijke rol in de verminderde vruchtbaarheid. Zowel Cromeens et al. (2021) als Li et al. (2025) geven aan dat endometriose vaak pas in een later stadium wordt vastgesteld, maar leggen hierbij verschillende accenten. Cromeens et al. (2021) richten zich voornamelijk op de onderliggende mechanismen en tonen aan dat een latere diagnose samenhangt met een verergering van de eerder beschreven biologische mechanismen, zoals structurele afwijkingen en verstoringen in het endocriene en immuunsysteem. Li et al. (2025) leggen daarentegen meer nadruk op de rol van de ernst en het type endometriose. Zij beschrijven dat patiënten met rectovaginale en diepe endometriose vaker pas in een later stadium worden gediagnosticeerd. Tegelijkertijd ondervinden zij ook vaker vruchtbaarheidsproblemen dan patiënten met oppervlakkige endometriose. Deze bevindingen onderstrepen het belang van een tijdige diagnose. Hierdoor kunnen mogelijke chronische gezondheidsproblemen en nadelige gevolgen voor de vruchtbaarheid worden voorkomen (Li et al., 2025). Beide studies tonen dat diagnostische vertraging niet alleen leidt tot meer biologische schade, maar ook samenhangt met ernstigere ziektebeelden, wat de negatieve impact op de vruchtbaarheid verder vergroot (Cromeens et al., 2021; Li et al., 2025).

3.4.2 Routes naar zwangerschap bij endometriose

3.4.2.1 Spontane zwangerschap

De wijze en het moment van diagnosticeren spelen een rol in de kans op een spontane zwangerschap. Volgens de ESHRE-richtlijnen kan de diagnose endometriose ook zonder laparoscopische chirurgie worden vastgesteld. Dit kan een snellere diagnostiek bevorderen. Desondanks blijkt dat een laparoscopie in de praktijk vaak nog de gouden standaard is om endometriose te bevestigen (Becker et al., 2022). Uit onderzoek van Tuominen et al. (2023) blijkt dat een chirurgische bevestigde diagnose samenhangt met een significant lagere kans op een levend geboren kind. Daarnaast hangt een hogere leeftijd bij de eerste bevalling samen met een progressief dalende incidentieratio bij vrouwen met een latere diagnose van endometriose. De incidentie van een eerste levend geboren kind is bovendien ongeveer gehalveerd bij vrouwen met een latere chirurgische diagnose van endometriose in vergelijking met vrouwen zonder endometriose (Tuominen et al., 2023).

3.4.2.2 Zwangerschap na chirurgische interventie

Chirurgische ingrepen lijken in sommige gevallen een positiever effect te hebben op de vruchtbaarheid dan medicamenteuze behandelingen (Cromeens et al., 2021; Elizur et al., 2025). Zo stellen Cromeens et al. (2021) dat chirurgische ingrepen een groter effect kunnen hebben op de vruchtbaarheid bij vrouwen met endometriose gerelateerde onvruchtbaarheid. Tuominen et al. (2023) wijzen daarentegen op het gebrek aan voldoende vergelijkende studies tussen conservatieve en operatieve behandelingen. Hierdoor is de daadwerkelijke effectiviteit van chirurgie op de vruchtbaarheid onzeker. De verschillende onderzoeken tonen aan dat chirurgie mogelijk gunstig kan zijn voor de vruchtbaarheid, maar de resultaten lijken afhankelijk te zijn van patiëntkenmerken en ziektestadium. Bovendien kan chirurgie een negatieve invloed hebben op de eicelvoorraad (Elizur et al., 2025).

3.4.2.3 Zwangerschap via medisch geassisteerde voortplantingstechnieken

Geassisteerde voortplantingstechnieken (ART) bieden effectieve vruchtbaarheidsbehandelingen. Voorbeelden hiervan zijn intra-uteriene inseminatie (IUI) en in-vitrofertilisatie (ivf). Endometriose kan echter de kwaliteit van eicellen verminderen en de kans op innesteling verlagen, wat een negatieve invloed kan hebben op het succes van ART (Elizur et al., 2025). Deze bevindingen sluiten aan bij de bevindingen van Mappa et al. (2024), die aantonen dat endometriose geassocieerd is met

een verlaagd implantatiepercentage. Er werd echter geen significant effect gevonden op uitkomsten zoals levendgeborenen, klinische zwangerschappen en bevruchtingspercentages.

Cijfers geven aan dat ongeveer 40% van de vrouwen met endometriose onvruchtbaar is en 25-35% van de onvruchtbare vrouwen endometriose heeft. De diagnostische vertraging speelt een rol in de effectiviteit van ART, mede doordat de leeftijd van de vrouw een cruciale factor is voor het succes van de behandeling. Een vertraging van de diagnose kan de kans op een geboorte dus verkleinen. Vrouwen bij wie endometriose pas wordt vastgesteld na hun eerste ivf-behandeling ondergaan gemiddeld meer cycli dan vrouwen bij wie de diagnose endometriose al voor de start van ART gesteld wordt (Moss et al., 2021).

Moss et al. (2021) tonen aan dat het moment van diagnose bepalend is voor de behandeluitkomsten. Vrouwen met endometriose die voor de start van een ART-behandeling waren gediagnosticeerd, maken vaker gebruik van ivf en rapporteerden sneller een geboorte. In tegenstelling hiermee maken vrouwen bij wie de endometriose pas na de start met ART wordt vastgesteld vaker gebruik van IUI-behandelingen. Zij rapporteren daarnaast minder vaak een geboorte, ondanks dat zij meer ART-cycli ondergingen. De uitkomsten voor vrouwen die voor hun eerste ART-behandeling waren gediagnosticeerd verschillen niet van vrouwen zonder endometriose. Uit dit onderzoek wordt de conclusie getrokken dat ivf mogelijk effectiever is dan IUI bij vrouwen met endometriose en dit onderstreept het belang van een vroege diagnose (Moss et al., 2021)

3.4.3 Symptoombehandeling

Medicamenteuze behandelingen, zoals hormoontherapie en GnRH-agonisten, zijn primair gericht op het verminderen van endometrioseklachten. In onderzoek van Hodgson et al. (2020) wordt aangetoond dat een laparoscopische operatie of een behandeling met een GnRH-agonist de kans op een zwangerschap kan vergroten bij vrouwen met een chirurgisch bevestigde diagnose. Elizur et al. (2025) benadrukken dat een behandeling met hormonen niet geschikt is voor vrouwen met een actieve kinderwens, aangezien hiermee de ovulatie wordt onderdrukt en een zwangerschap dus tijdelijk onmogelijk wordt gemaakt. Medicamenteuze therapieën zijn effectief in symptoomcontrole, maar hun rol binnen fertiliteitsbehandeling is beperkt (Elizur et al., 2025; Hodgson et al., 2020).

4 Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw

Zoals eerder weergegeven in hoofdstuk 2 ontstaat diagnostische vertraging bij endometriose door een samenspel van patiënt-, zorgverlener- en systeemgerelateerde factoren. Binnen deze context kan de vroedvrouw een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig herkennen van symptomen, het begeleiden van vrouwen met een kinderwens en het geven van gezondheidsvoorlichting. De relevantie van het onderwerp van deze bachelorproef sluit aan bij de rol van de vroedvrouw volgens het Belgische beroeps- en competentieprofiel en de internationale vroedkundige competenties.

Volgens de vernieuwde International Confederation of Midwives (ICM) Essential Competencies for Midwifery Practice (2024) beschikt de vroedvrouw over competenties binnen seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRHR), counseling, interdisciplinaire samenwerking en gezondheidspromotie. In de vernieuwde versie van 2024 is een extra categorie met competenties toegevoegd ten opzichte van de versie van 2019. Deze categorie richt zich specifiek op SRHR, anticonceptie en preconceptiezorg. In de eerdere versie werden deze onderwerpen minder expliciet gegroepeerd. Door nieuwe richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd het belang van een duidelijke en specifieke competentielijst voor SRHR benadrukt. Om die reden is in de versie van 2024 een nieuwe categorie toegevoegd. Deze toegevoegde categorie is relevant voor de vroedvrouw, omdat deze expliciet de competenties van de vroedvrouw benoemt binnen de gezondheidszorg op het gebied van seksuele gezondheid, menstruatieproblemen, vruchtbaarheid en autonomie van patiënten (International Confederation of Midwives, 2024).

Daarnaast beschrijft het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw dat de vroedvrouw een gezondheidspromotor is, psychosociale ondersteuning biedt, fertiliteitsproblemen begeleidt en indien nodig doorverwijst naar gespecialiseerde zorgverleners (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

4.1 Gynaecologie

Gynaecologie behoort tot één van de vier beroepsdomeinen waarin een vroedvrouw tewerkgesteld mag worden. Binnen dit domein mag de vroedvrouw onder verantwoordelijkheid van de arts meewerken aan onder andere de opvang en behandeling van vruchtbaarheids- en gynaecologische problemen. De vroedvrouw komt binnen dit domein in contact met vrouwen die menstruatieklachten, chronische bekkenpijn of fertiliteitsproblemen ervaren. De vroedvrouw kan hierdoor een belangrijke rol spelen bij het (vroegtijdig) herkennen van symptomen die kunnen wijzen op endometriose (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

De ICM Essential Competencies (2024) beschrijven dat vroedvrouwen vrouwen moeten informeren over hun seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Daarnaast moeten vroedvrouwen hen ook ondersteunen in het nemen van geïnformeerde beslissingen over hun gezondheid. Binnen de Belgische context wordt bovenstaande ook benadrukt. De vroedvrouw bezit de competenties voor gezondheidsvoorlichting, counselen en begeleiden van vrouwen in pathologische situaties. Deze competenties zijn relevant binnen de zorg voor vrouwen met endometriose (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

4.2 Diagnostische vertraging verminderen

4.2.1 Vroegtijdig herkennen van mogelijke endometriose

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven speelt beperkte kennis bij zorgverleners een rol in de vertraagde diagnose. De vroedvrouw kan bijdragen aan vroegtijdige herkenning door menstruatieklachten actief te bespreken en alarmsymptomen te herkennen. Deze symptomen staan eerder beschreven in hoofdstuk 1. Volgens Davenport et al. (2023) en Li et al. (2025) kan betere opleiding voor eerstelijnszorgverleners bijdragen aan een snellere herkenning van endometriose. Fryer et al. (2024) en Simpson et al. (2021) benadrukken eveneens dat er onvoldoende kennis en scholing is bij zorgverleners zoals vroedvrouwen en huisartsen. Vroedvrouwen in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen tijdens consultaties aandacht besteden aan menstruatieproblematiek en alarmsymptomen opsporen. Aangezien vroedvrouwen vaak het aanspreekpunt zijn bij vrouwen met een kinderwens en zwangeren, bevinden zij zich in een unieke positie om menstruatieproblemen vroegtijdig bespreekbaar te maken.

Het Belgisch beroepsprofiel stelt dat de vroedvrouw een gezondheidspromotor is. Hierdoor is zij verantwoordelijk voor counseling en gezondheidseducatie. De vroedvrouw kan op deze manier bijdragen aan een verhoogde symptoomherkenning en mogelijk bijdragen aan een vermindering van diagnostische vertraging (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

Volgens de scoping review van Rosenbloom et al. (2025) kunnen verschillende screeningmethodes mogelijk bijdragen aan een snellere diagnose. De review onderzocht verschillende vragenlijsten en concludeerde dat systematische symptoombevraging een belangrijke rol kan spelen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De ENDOPAIN-4D vragenlijst werd in het artikel beoordeeld als een mogelijk bruikbaar instrument voor vroege herkenning. Deze vragenlijst, ontwikkeld door Puchar et al. (2021), brengt naast menstruatiepijn ook darm- en blaasgerelateerde pijn, dyspareunie en de impact van klachten op het dagelijks functioneren in kaart. De tool werd oorspronkelijk ontwikkeld om pijnklachten bij endometriose uitgebreider in kaart te brengen, maar is volgens Rosenbloom et

al. (2025) ook een nuttig middel om in te zetten als screeningsmethode. Het gebruik van een gestructureerde vragenlijst zoals ENDOPAIN-4D kan tijdens (preconceptionele) consulten ondersteuning bieden bij vroegdetectie en gerichte doorverwijzing naar verdere diagnostiek.

4.2.2 Eerder verwijzen van vrouwen met mogelijk endometriose

Li et al. (2025) beschrijven in hun studie dat een verhoogd bewustzijn bij eerstelijnszorgverleners kan bijdragen aan een snellere diagnose van endometriose. Door alarmsymptomen tijdig te herkennen kan de vroedvrouw patiënten doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg bij de gynaecoloog of in een fertiliteitscentrum.

De ICM Essential competencies (2024) en de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (2016) beschrijven dat de vroedvrouw in pathologische situaties samenwerkt met andere zorgverleners en de patiënt indien nodig moet doorverwijzen naar een gespecialiseerd zorgverlener. Interdisciplinaire samenwerking is hierbij een essentieel onderdeel.

4.3 Ondersteuning bij kinderwens na diagnose endometriose

Endometriose gaat vaak gepaard met fertiliteitsproblemen en kan een grote emotionele impact hebben op vrouwen met een kinderwens. Deze impact staat beschreven in hoofdstuk 3. Volgens Elizur et al. (2025) en Hodgson et al. (2020) bestaan er verschillende behandelingsmogelijkheden voor endometriosegerelateerde infertiliteit, waaronder laparoscopische chirurgie en ART. Daarnaast tonen Dipankar et al. (2025) aan dat vrouwen met endometriose een verhoogd risico hebben op angst, stress en depressieve gevoelens. Psychosociale ondersteuning door vroedvrouwen kan hierbij een belangrijke rol spelen.

De vroedvrouw beschikt over competenties om psychosociale ondersteuning te bieden en vrouwen te begeleiden tijdens fertiliteitstrajecten. Daarnaast verleent zij zorg tijdens fertiliteitstrajecten in samenwerking met de arts en andere zorgverleners. De vroedvrouw verleent adequate begeleiding en garandeert de continuïteit van zorg (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Volgens de ICM Essential Competencies (2024) moet de vroedvrouw vrouwen ondersteunen in hun reproductieve gezondheid en geïnformeerde keuzes bevorderen. Daarnaast kan de vroedvrouw ruimte bieden voor het bespreken van fertiliteitszorgen en indien nodig doorverwijzen naar gespecialiseerde psychosociale ondersteuning.

4.4 Gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting is een belangrijke taak van de vroedvrouw. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2 speelt beperkte kennis over menstruatiegezondheid en endometriose een belangrijke rol in de diagnostische vertraging. Volgens competentie 5 van het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw is de vroedvrouw een gezondheidspromotor. Dit betekent dat de vroedvrouw doet aan counseling en advies en informatie verstrekt binnen haar domein. Ook geeft zij voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid aan jongeren. Door jongeren en volwassen vrouwen actief te informeren over menstruatiegezondheid en endometriose kan de vroedvrouw bijdragen aan vroegtijdige symptoomherkenning. Dit kan mogelijk leiden tot een snellere diagnose (Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016).

Simpson et al. (2021) en Fryer et al. (2024) benadrukken dat onvoldoende kennis bij adolescenten en jongvolwassenen een belangrijke oorzaak is van laattijdige diagnose. Volgens Davenport et al. (2023) en Sims et al. (2021) zorgen menstruatiestigma en taboes ervoor dat klachten verborgen blijven en niet besproken worden. Hierdoor herkennen veel vrouwen niet wanneer klachten afwijkend zijn.

De ICM Essential Competencies (2024) beschrijven net als de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (2016) dat vroedvrouwen informatie moeten geven over seksuele en reproductieve gezondheid. De versie van 2024 benadrukt door een aparte categorie voor SRHR binnen de competenties toe te voegen het belang van reproductieve gezondheidseducatie binnen de vroedkundige zorg.

De vroedvrouw bevindt zich door haar rol binnen seksuele en reproductieve gezondheidszorg in een positie om bij te dragen aan vroegtijdige herkenning van endometriose, adequate doorverwijzing en psychosociale ondersteuning. Hierdoor kan zij mogelijk bijdragen aan het verminderen van diagnostische vertraging en het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor vrouwen met endometriose.

5 Multidisciplinaire en complementaire zorg

Endometriose gaat niet enkel gepaard met lichamelijke symptomen, maar ook met psychologische, sociale en seksuele gevolgen. Zoals eerder beschreven heeft endometriose een belangrijke impact op de levenskwaliteit van vrouwen. Hierdoor wordt in de literatuur het belang van een multidisciplinaire aanpak benadrukt. De medische behandeling wordt hierbij gecombineerd met complementaire therapieën en psychosociale ondersteuning. Het primaire doel van niet-medische behandeling bij endometriose is pijnverlichting, verbetering van de bekkenbodempunctie en postoperatieve ondersteuning (Dipankar et al., 2025; Mazur-Bialy et al., 2024). Binnen deze benadering kunnen osteopathie, kinesithérapie en psychologische begeleiding een aanvullende rol spelen in symptoommanagement, educatie en ondersteuning van vrouwen met endometriose.

5.1 Complementaire behandelingen

5.1.1 Osteopathie

Osteopathie is een vorm van manuele geneeskunde die gekenmerkt wordt door een holistische benadering van het lichaam en waarbij specifieke palpatie- en mobilisatietechnieken worden gebruikt als leidraad voor de behandeling (Ruffini et al., 2022). Binnen deze benadering wordt onder andere aandacht besteed aan mogelijke fascia-verbindingen tussen het bewegingsapparaat en de interne organen (Sillem et al., 2016).

Osteopathische behandeling wordt in toenemende mate onderzocht als aanvullende therapievorm bij endometriose. Volgens Mazur-Bialy et al. (2024) en Muñoz-Gómez et al. (2023) kunnen osteopathische technieken bijdragen aan pijnverlichting, verbetering van het dagelijks functioneren en een hogere levenskwaliteit. De behandeling richt zich niet uitsluitend op de endometrioseletsels zelf, maar ook op de gevolgen van chronische pijn, zoals verhoogde spierspanning, mobiliteitsbeperkingen en stressgerelateerde klachten

Sillem et al. (2016) voerden een kleine pilotstudie uit naar de effectiviteit van osteopathische behandeling bij vrouwen met endometriose en chronische bekkenpijn. De auteurs concludeerden dat osteopathie een waardevolle aanvullende behandelmethodie kan zijn binnen de multidisciplinaire zorg voor vrouwen met endometriose. Deze bevindingen worden ondersteund door de systematische review van Ruffini et al. (2022). Hierin werd de effectiviteit van osteopathische manipulatietherapie binnen de gynaecologie en verloskunde onderzocht. Vooral bij vrouwen met dysmenorroe en endometriose werden consistente verbeteringen in pijnklachten en algemeen welzijn gerapporteerd (Ruffini et al., 2022).

5.1.2 Bekkenbodempkinesithherapie

Bekkenbodempkinesithherapie is een minimaal invasieve behandelmethodes die toegepast wordt bij bekkenbodempkiespiedysfuncties, waaronder chronische bekkenpijn, urine- en fecale incontinentie, belemmerde defecatie en seksuele disfunctie. Bij vrouwen met endometriose richt de behandeling zich voornamelijk op het verminderen van bekkenbodempkieshypertonie, het bevorderen van bekkenbodempkiesontspanning, het aanpakken van oppervlakkige dyspareunie en het verlichten van chronische bekkenpijn (Del Forno et al., 2023).

Uit de gerandomiseerde gecontroleerde studie van Del Forno et al. (2023) blijkt dat bekkenbodempkiesithherapie een positief effect kan hebben op chronische bekkenpijn, dyspareunie en bekkenbodempkieshypertonie. De auteurs geven echter aan dat het effect op urinaire, darm- en seksuele functies nog onvoldoende duidelijk is, ondanks eerdere studies die positieve resultaten rapporteerden.

Daarnaast beschrijven Can et al. (2026) in hun systematische review en meta-analyse dat kinesithherapie bij endometriose gerelateerde bekkenpijn kan bijdragen aan pijnvermindering en verbetering van de levenskwaliteit. Volgens Mazur-Bialy et al. (2024) kan kinesithherapie ook ondersteuning bieden bij stressregulatie, ademhalingstechnieken en het verminderen van terugkerende spierspanning. Net zoals osteopathie wordt kinesithherapie beschouwd als een aanvullende behandeling binnen een multidisciplinaire aanpak en niet als vervanging van reguliere medische therapieën (Can et al., 2026; Mazur-Bialy et al., 2024).

5.2 Psychologische ondersteuning

Chronische pijn, onvruchtbaarheid en het maatschappelijk stigma rond endometriose zorgen voor een verhoogde emotionele belasting bij patiënten. Dit kan bijdragen aan angstklachten en depressieve gevoelens. Dipankar et al. (2025) benadrukken in hun narratieve review de noodzaak van een holistische behandeling waarbij medische, chirurgische en psychologische interventies gecombineerd worden. Op deze manier kunnen zowel fysieke als psychische gevolgen van endometriose worden aangepakt.

Psychologische ondersteuning vormt daarom een essentieel onderdeel van een multidisciplinair zorgmodel. Daarnaast stellen Dipankar et al. (2025) dat het vergroten van bewustwording rond endometriose, het verkorten van diagnostische vertraging en het verbeteren van multidisciplinaire

zorg de langetermijnlast van de aandoening kunnen verminderen. Facchin et al. (2017) benadrukken dat een snelle psychologische interventie, zoals counseling, het risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen kan verminderen door vrouwen met endometriose beter leren omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan.

Volgens Mazur-Bialy et al. (2024) kan cognitieve gedragstherapie (CGT) bijdragen aan het verminderen van stress en depressieve klachten bij vrouwen met endometriose. Daarnaast wordt ook een verbetering van de algemene levenskwaliteit beschreven.

5.3 Multidisciplinaire samenwerking

De literatuur benadrukt het belang van een multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van endometriose, waarbij medische behandeling wordt gecombineerd met complementaire en psychosociale ondersteuning (Dipankar et al., 2025; Mazur-Bialy et al., 2024). Osteopathie, kinesithérapie en psychologische zorg worden voornamelijk ingezet als ondersteunende therapieën binnen het behandeltraject. Deze zorgverleners kunnen een rol spelen in het herkennen en bespreekbaar maken van klachten die mogelijk kunnen wijzen op endometriose, zoals chronische bekkenpijn, dyspareunie en functionele beperkingen (Mazur-Bialy et al., 2024). Educatieve interventies op individueel niveau, binnen de sociale omgeving en bij zorgverleners kunnen bijdragen aan een beter begrip van de aandoening en een verhoogd bewustzijn van de impact op het dagelijks functioneren (Jaeger et al., 2024).

6 Praktijkdeel

6.1 Methodiek

6.1.1 Tijd

Voor de uitwerking van het praktijkdeel is een planning opgesteld waarin verschillende fasen van het project werden opgenomen. Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd, deze fase nam het grootste deel van de tijd in beslag. Ondertussen werd al nagedacht over de uitwerking van het spel. Na deze fase volgde de ontwikkeling van het spelconcept, het ontwerpen van het materiaal en het testen van het spel. In de planning werd echter te weinig tijd voorzien voor een uitvoerige evaluatie van het spel, waardoor het spel niet grondig getest kon worden.

6.1.2 Kwaliteit en informatie

Als basis voor de ontwikkeling van het gezelschapsspel is een literatuurstudie uitgevoerd. Uit de literatuur kwam naar voren dat een groot deel van de diagnostische vertraging ontstaat door een gebrek aan kennis en voorlichting. In het middelbaar onderwijs wordt nauwelijks aandacht besteed aan abnormale menstruatieklachten en pathologische aandoeningen. Hierdoor hebben jongeren onvoldoende kennis. Ook op latere leeftijd blijkt dat vrouwen moeite hebben om normale menstruatieklachten van abnormale menstruatieklachten te kunnen onderscheiden (Davenport et al., 2023; De Corte et al., 2024; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Daarnaast wordt er in de maatschappij amper gesproken over menstruatiesymptomen door maatschappelijke taboes en stigma's rond het onderwerp (Davenport et al., 2023; Simpson et al., 2021; Sims et al., 2021).

Uit deze bevindingen ontstond de noodzaak voor een educatief hulpmiddel dat kan bijdragen aan meer bewustwording en kennis over endometriose. Een educatief gezelschapsspel of serious game vormt volgens de literatuur een waardevol middel voor informatieoverdracht. Serious games betrekken jongeren op een laagdrempelige en interactieve manier bij gezondheidseducatie. Een educatief spel kan op een toegankelijke en interactieve manier bijdragen aan kennisvergroting rondom gezondheidsproblemen zoals endometriose. Daarnaast biedt het ook een bijdrage aan bewustwording, herkenning en open communicatie onder jongeren (Ancona et al., 2024; Andrew et al., 2023). Het ontwikkelde gezelschapsspel vormt daarom een preventieve en educatieve interventie die inspeelt op het kennistekort rondom endometriose dat in de literatuur wordt beschreven.

6.1.3 Organisatie

Het praktijkdeel werd stapsgewijs georganiseerd. Op basis van de literatuurstudie werd de inhoud van het spel bepaald. Vervolgens werden het spelbord, de kaarten en de spelregels ontwikkeld met behulp van een ontwerpprogramma. Tot slot werd het spel getest door meerdere personen om de educatieve bruikbaarheid te evalueren. Om de kwaliteit van het gezelschapsspel te bewaken, werd er via een vragenlijst nagegaan of het spel voldoende educatieve meerwaarde bood. Hierbij werd nagegaan of het spel bijdroeg aan kennisvergroting en bewustwording rond endometriose. Op basis van de verkregen feedback werden enkele aanpassingen doorgevoerd.

6.1.4 Geld en duurzaamheid

Bij de ontwikkeling van het spel werd eveneens rekening gehouden met de kostprijs. Voor het ontwerpen van het spel werden professionele ontwerpprogramma's gebruikt en werd materiaal voorzien voor het spelbord, de kaartjes en de overige onderdelen van het spel. Een voordeel hierbij was dat de benodigde middelen grotendeels beschikbaar waren via de drukkerij van mijn ouders. Hierdoor kon kosteloos gebruik worden gemaakt van professionele ontwerpprogramma's en konden de kaartjes en het spelbord tegen beperkte kosten worden geproduceerd.

Bij de ontwikkeling van het spel werd ook rekening gehouden met duurzaamheid. In tegenstelling tot een flyer, die vaak eenmalig wordt gebruikt, kan het gezelschapsspel vaak opnieuw worden gebruikt. Daarnaast werd in het kader van duurzaamheid het spelbord en de kaarten rekening gehouden met de papierkeuze.

6.2 Doelgroep

De doelgroep van het gezelschapsspel bestaat voornamelijk uit middelbare scholieren en jongvolwassenen. Voor deze doelgroep is gekozen omdat de eerste symptomen van endometriose vaak ontstaan tijdens de adolescentie. Door middel van het spel leren spelers meer over symptomen, diagnostische vertraging en de gevolgen daarvan. Hiermee wordt bij deze groep de bewustwording rondom abnormale menstruatieklasten en endometriose vergroot. Ook is het doel van het spel om symptomen eerder te herkennen en zodat er eerder medische hulp wordt gezocht bij klachten.

Om de educatieve waarde van het spel te evalueren, dient het spel getest te worden binnen de doelgroep. Hiervoor is een kennistest opgesteld. Deze staat beschreven in bijlage D. In deze

kennistest zal ook aan minderjarigen gevraagd worden of er toestemming is gegeven door de ouders om mee te doen aan de testfase van het spel. Daarnaast wordt er ook toestemming gevraagd aan de school of ze mee willen werken aan de testfase van het spel.

Bij de ontwikkeling van het spel werd rekening gehouden met de doelgroep door het taalgebruik en door rekening te houden met diverse geloofs- en culturele achtergronden. Het spel is ontworpen rekening houdend met de diversiteit in de maatschappij. Ook is er rekening gehouden met de leeftijdsgroep en zijn moeilijke woorden uitgelegd. Een voorbeeld hiervan is een laparoscopie. Er kwam feedback terug dat de betekenis hiervan niet gekend is. Hierdoor is er bij de moeilijke woorden een extra uitleg toegevoegd.

Het spel sluit aan bij de leerlijn relationele en seksuele vorming (RSV) van Sensoa (2024) voor het secundair onderwijs. Het spel kan specifiek worden ingezet in de lessen over puberteit en menstruatie in de eerste graad en in de lessen over reproductieve en seksuele gezondheid in de tweede graad. Ook kan het spel gespeeld worden in lessen over gezondheidseducatie over op projectdagen. Binnen de leerlijn van Sensoa worden leerdoelen opgesteld over verschillende onderwerpen. Dit spel sluit aan bij de minimumleerdoelen rondom menstruatie en reproductieve en seksuele gezondheid (Sensoa, 2024).

Scholen vormen het belangrijkste kanaal om de doelgroep te bereiken. Organisaties zoals Sensoa en Pimento bieden vormingen aan op scholen. Zij kunnen fungeren als distributiekanaal voor het spel door het spel te integreren in lespakketten of workshops. Er zal voor verspreiding van het spel contact gelegd moeten worden met een organisatie, zodat zij het kunnen verspreiden op scholen. Ook patiëntenverenigingen rond endometriose kunnen bijdragen aan de verdere validering en verspreiding van het spel.

6.3 Ontwikkeling van het spelconcept

Tijdens de ontwikkeling van het spelconcept zijn verschillende bestaande educatieve spellen vergeleken. Hierbij is gekeken naar elementen die bijdragen aan motivatie, leerzaamheid en betrokkenheid van spelers. Een duidelijk leerdoel is belangrijk binnen een educatief spel. Binnen het ontwikkelde gezelschapsspel werken de spelers naar een doel toe: het krijgen van de diagnose endometriose. Om dit doel te kunnen bereiken moeten de spelers kennis verzamelen. Hiermee wordt een link gelegd met de literatuur, waaruit blijkt dat kennis en bewustwording een belangrijke rol spelen bij het herkennen van symptomen en vroegtijdig medische hulp zoeken (Davenport et al., 2023; Fryer et al., 2024; Simpson et al., 2021). Daarnaast is er bewust gekozen voor een extra

moeilijkheidsgraad in het spel, omdat de diagnostische vertraging ook veel uitdagingen met zich meebrengt.

Voor de ontwikkeling van het gezelschapsspel, is het eurozakgeldspel als basis gebruikt. In dit spel moeten de spelers sparen voor een fiets, maar ondertussen moeten ze het zakgeld dat er verdiend wordt ook uitgeven in winkeltjes. Dit spel is uitgegeven in de tijd dat de euro's het nieuwe betaalmiddel werden. Het spel droeg in die tijd bij aan meer bekendheid over de euro. Het concept van het eurozakgeldspel is passend bij de probleemstelling die centraal staat in deze bachelorproef. Daarom is het concept aangepast naar een spel waarin spelers kennis opdoen over endometriose en diagnostische vertraging. De titel voor het spel is: Het endometriose diagnosespel.

6.4 Opzet van het gezelschapsspel

6.4.1 Doel van het spel

Als speler heb je verschillende klachten en is het doel om zo snel mogelijk een diagnose te krijgen. In het begin beschikt de speler over beperkte kennis en moet er een zoektocht naar informatie gestart worden. Om meer te weten te komen over endometriose moet de speler informatie verzamelen, hiervoor ontvangt de speler fiches. Uiteindelijk moeten er twintig fiches verzameld worden. Tijdens de zoektocht naar de juiste diagnose krijgt de speler te maken met verschillende factoren die voor vertraging zorgen. Van iedere factor moeten er tenminste twee kaartjes genomen worden om kennis te maken met de verschillende oorzaken. Het is belangrijk om goed te letten op hoeveel vertraging een factor veroorzaakt. Hoe meer vertraging namelijk, hoe meer gevolgen dit heeft.

6.4.2 Kaarten

In het spel worden meerdere soorten kaarten gebruikt. De literatuurstudie vormt hiervoor de basis. Hieronder wordt de betekenis van de verschillende kaarten uitgelegd

De oorzakenkaartjes zijn gebaseerd en op dezelfde manier onderverdeeld als de oorzaken beschreven in hoofdstuk 2. Op de kaartjes worden bij de 3 oorzaken verschillende factoren weergegeven. Op de verschillende kaartjes staan verschillende tijden van vertraging aangegeven. Een voorbeeld van een kaartje is te zien in figuur 3, de overige kaarten staan in bijlage C. De speler probeert tijdens het spel diagnostische vertraging zoveel mogelijk te beperken.



Figuur 3: voor- en achterkant van een patiëntgerelateerde oorzakenkaartje

Op de informatiekaartjes staan verschillende feiten over de ziekte. Zo maken spelers kennis met de symptomen en andere belangrijke punten van endometriose. Doordat ze via deze kaartjes steeds meer over de ziekte leren kunnen ze punten verzamelen. Op de kaartjes staat aangegeven hoeveel fiches (punten) je krijgt. Voor elk kaartje mag de speler een wisselend aantal fiches nemen.

Als laatste zijn er ook gevolgenkaartjes, deze kaarten zijn gebaseerd op de gevolgen zoals beschreven in hoofdstuk 3. De gevolgenkaartjes geven de gevolgen weer die een patiënt ervaart bij diagnostische vertraging en bij de aandoening endometriose. Spelers leren hierbij het belang van een vroegtijdige diagnose en juiste behandeling.

De kaartjes hebben verschillende kleuren. Er is gekozen voor zachte kleuren. Elke kaartsoort heeft zijn eigen kleur, waardoor makkelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende soorten kaarten. De informatiekaarten zijn groen, omdat deze kaarten een positieve invloed hebben. De kleur groen benadrukt dit. Voor de gevolgenkaartjes is gekozen voor de kleur blauw, omdat dit een neutrale kleur is. De gevolgenkaarten kunnen zowel positieve als negatieve gevolgen hebben. De drie oorzakenkaartjes hebben de kleuren roze, lila en geel omdat deze kleuren vaak geassocieerd worden met vrouwengezondheid.

De tijdsduur van de vertraging werd indicatief bepaald, aangezien er in de literatuur geen exacte tijdsduur per factor wordt genoemd. Om de vertraging niet voorspelbaar te maken, is er gekozen voor verschillende tijdsduur van vertraging per kaartje.

6.4.3 Het spel

Het spel bestaat uit de spelregels, het spelbord, de oorzaakkaartjes, de informatiekaartjes, de gevolgenkaartjes en fiches, foto's van het spel staan in bijlage E. De spelregels staan beschreven in bijlage A. De uitwerking van het spelbord staat in bijlage B en de verschillende kaarten zijn te vinden in bijlage C.

Er werd gekozen voor een spelduur van ongeveer 30 minuten. Deze duur is gekozen zodat het makkelijk geïntegreerd kan worden in de lesuren. Het spel kan gespeeld worden in de lessen rond menstruatie, relationele en seksuele vorming en reproductieve gezondheid in het secundair onderwijs. Een spelduur van 30 minuten biedt verschillende voordelen. Naast dat het binnen één lesuur gespeeld kan worden, is er ook nog voldoende tijd voor een nabespreking of reflectie met de gehele klas. Ook verhoogt een kortere spelduur de betrokkenheid en concentratie van leerlingen.

Het spel wordt in kleine groepjes van 2 tot 4 leerlingen gespeeld. Hiervoor werd bewust gekozen om verschillende educatieve redenen. In kleine groepen krijgt elke leerling de ruimte om actief deel te nemen. Door een actieve deelname zal de informatie beter worden opgeslagen. Daarnaast kan het voor sommige leerlingen een gevoelig of persoonlijk onderwerp zijn. Kleinere groepjes creëren een veiligere omgeving waarin leerlingen gemakkelijker durven praten over hun ervaringen.

6.5 Testfase en evaluatie

Voor het evalueren van de educatieve waarde van het spel is het belangrijk dat het spel getest wordt bij de doelgroep. De kennis zal getest worden door middel van een kennistest. Deze kennistest bestaat uit twee delen. Het eerste deel wordt voor het spelen van het gezelschapsspel ingevuld om de voorkennis van de spelers te achterhalen. Het tweede deel wordt na het spelen ingevuld. Er is gekozen om voor en na het spel dezelfde vragen te stellen aan de leerling. Op basis van de resultaten zal blijken of het spel voldoende educatief is. De kennistest en een antwoordmodel staan in bijlage D.

Uit de kennistesten bleek dat de meeste leerlingen na het spelen van het spel beter scoorden op de vragen. Daarnaast gaven verschillende leerlingen aan dat ze meer inzicht hebben gekregen over endometriose en diagnostische vertraging. Tijdens de testfase kwamen echter nog enkele verbeterpunten naar voren, zoals het verduidelijken van bepaalde medische termen.

De evaluatiefase van het spel heeft een verkennend karakter. Door het beperkte aantal testpersonen kunnen geen algemene conclusies getrokken worden over de educatieve

effectiviteit van het spel. Daarnaast vormt een klein aantal leerlingen geen representatieve steekproef voor alle middelbare scholieren. Er werd bovendien geen randomisatie toegepast, waardoor de resultaten beïnvloed kunnen zijn door groepskenmerken. Verdere evaluatie bij een grotere en meer diverse groep middelbare scholieren is noodzakelijk om de meerwaarde van het spel op een betrouwbare manier te evalueren.

Disclaimer: Ik maakte gebruik van ChatGPT als inspiratiebron voor de uitwerking van het praktijkdeel. De volgende prompt heb ik gegeven: Ik wil graag een educatief gezelschapsspel maken als praktijkdeel bij mijn bachelorproef vroedkunde over diagnostische vertraging bij endometriose. Ik stuur je hierbij de uitwerking van mijn literatuurstudie mee, die de basis vormt voor het spel. Zou je mij een visuele uitwerking kunnen geven van de spelkaarten?

Algemeen besluit

Endometriose is een chronische gynaecologische aandoening waarbij weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies (endometrium) buiten de baarmoeder voorkomt. De aandoening gaat gepaard met onder andere chronische pijn en verminderde vruchtbaarheid. Deze bachelorproef onderzocht welke factoren bijdragen aan diagnostische vertraging bij vrouwen met endometriose en een kinderwens, welke gevolgen deze vertraging heeft en welke rol de vroedvrouw kan opnemen binnen dit zorgtraject.

De diagnostische vertraging bedraagt gemiddeld vijf tot twaalf jaar. Deze vertraging blijkt het gevolg van factoren op patiënt-, zorgverlener- en systeemniveau. Zowel kennisgebrek, normalisering van klachten, beperkte diagnostische mogelijkheden als beperkte toegang tot gespecialiseerde zorg kunnen een belangrijke rol spelen in de vertraging.

De gevolgen van deze diagnostische vertraging zijn aanzienlijk, vooral bij vrouwen met een kinderwens. Een late diagnose leidt tot complexere en minder effectieve behandelingen en verhoogt het risico op progressie van de ziekte en fertiliteitsproblemen. Daarnaast heeft de vertraging een duidelijke impact op het psychologisch welzijn. Bij endometriose wordt een verhoogde prevalentie van angst, depressie, stress en gevoelens van onzekerheid en hopeloosheid gezien. Ook de levenskwaliteit wordt beïnvloed, met negatieve effecten op het dagelijks functioneren, werk, sociale contacten en de seksuele gezondheid en relatiekwaliteit. Ten slotte beïnvloedt endometriose de vruchtbaarheid rechtstreeks door inflammatoire, hormonale en structurele veranderingen. Een latere diagnose hangt hierbij samen met slechtere reproductieve uitkomsten en verminderde kansen binnen zowel een spontane zwangerschap als geassisteerde voortplanting.

De vroedvrouw kan binnen dit zorgtraject een belangrijke rol spelen. Vanuit haar competenties in seksuele en reproductieve gezondheid, counseling en gezondheidspromotie kan zij bijdragen aan vroegtijdige herkenning van symptomen, het bespreekbaar maken van menstratieklachten en tijdige doorverwijzing. Daarnaast kan zij psychosociale ondersteuning bieden aan vrouwen met een kinderwens en draagt zij bij aan educatie rond menstratiegezondheid. Dit kan bijdragen aan het verminderen van kennisgebrek en stigma. Daarnaast wordt ook het belang van multidisciplinaire samenwerking en complementaire zorg aangehaald. Aangezien de aandoening gepaard gaat met zowel lichamelijke als psychologische gevolgen, is de samenwerking tussen

verschillende zorgverleners essentieel. Complementaire therapieën zoals osteopathie, bekkenbodembodemkinesithérapie en psychologische ondersteuning kunnen bijdragen aan de verbetering van de levenskwaliteit, pijnvermindering en emotionele ondersteuning.

Het praktijkgedeelte van deze bachelorproef ontwikkelde een educatief gezelschapsspel gericht op jongeren en jongvolwassenen. Dit spel heeft als doel kennis en bewustwording rond endometriose te vergroten en zo bij te dragen aan vroegtijdige herkenning van symptomen. De eerste testfase toont positieve resultaten, al is verder onderzoek met grotere en representatieve steekproeven noodzakelijk om de effectiviteit van het spel sterker te onderbouwen.

Een sterkte van deze bachelorproef is de combinatie van een uitgebreide literatuurstudie met een praktijkgericht educatief gezelschapsspel. Hierdoor zijn theoretische inzichten vertaald naar een concreet middel om bij te dragen aan vermindering van diagnostische vertraging. Deze bachelorproef kent echter ook beperkingen. Het ontwikkelde spel werd slechts in beperkte mate getest, waardoor de effectiviteit ervan nog onvoldoende onderbouwd is.

Deze bachelorproef benadrukt dat vroegtijdige herkenning van endometriose essentieel is om de fysieke, psychologische en reproductieve gevolgen van diagnostische vertraging te beperken. Door in te zetten op educatie, vroegtijdige symptoomherkenning en multidisciplinaire samenwerking kan de vroedvrouw bijdragen aan het verkorten van diagnostische vertraging en aan een meer geïntegreerde en patiëntgerichte zorg voor vrouwen met endometriose en een kinderwens.

Literatuurlijst

- Adamson, G. D., & Pasta, D. J. (2010). Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertility and sterility*, 94(5), 1609–1615. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.035>
- Ancona, A., Corea, F., Lombardo, C., Gentili, D., & Mistretta, A. (2024). Serious games in child and adolescent health education campaigns: a systematic review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 60(4), 274–282. https://doi.org/10.4415/ANN_24_04_06
- Andrew, L., Barwood, D., Boston, J., Masek, M., Bloomfield, L., & Devine, A. (2023). Serious games for health promotion in adolescents - a systematic scoping review. *Education and information technologies*, 28(5), 5519–5550. <https://doi.org/10.1007/s10639-022-11414-9>
- Becker, C. M., Bokor, A., Heikinheimo, O., Horne, A., Jansen, F., Kiesel, L., King, K., Kvaskoff, M., Nap, A., Petersen, K., Saridogan, E., Tomassetti, C., van Hanegem, N., Vulliemoz, N., Vermeulen, N., & ESHRE Endometriosis Guideline Group (2022). ESHRE guideline: endometriosis. *Human reproduction open*, 2022(2), 009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>
- Bendifallah, S., Dabi, Y., Suisse, S., Jornea, L., Bouteiller, D., Touboul, C., Puchar, A., & Daraï, E. (2022). A Bioinformatics Approach to MicroRNA-Sequencing Analysis Based on Human Saliva Samples of Patients with Endometriosis. *International journal of molecular sciences*, 23(14), 8045. <https://doi.org/10.3390/ijms23148045>
- Can, G., das Virgens, I. P. A., Fehér, B., Orbán, E. P., Fehérvári, P., Bánhid, F., Hegyi, P., Mayer, Á. A., & Ács, N. (2026). Physiotherapy for endometriosis-associated pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 27(1), 95–103. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaf083>
- Chiaffarino, F., Cipriani, S., Ricci, E., Mauri, P. A., Esposito, G., Barretta, M., Vercellini, P., & Parazzini, F. (2020). Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 303(1), 17–25. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05797-8>
- Cromeens, M. G., Carey, E. T., Robinson, W. R., Knafl, K., & Thoyre, S. (2021). Timing, delays and pathways to diagnosis of endometriosis: a scoping review protocol. *BMJ open*, 11(6), e049390. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049390>

- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(8), 1667–1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex221>
- Davenport, S., Smith, D., & Green, D. J. (2023). Barriers to a Timely Diagnosis of Endometriosis: A Qualitative Systematic Review. *Obstetrics and gynecology*, 142(3), 571–583. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005255>
- De Corte, P., Klinghardt, M., von Stockum, S., & Heinemann, K. (2024). Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics-A Systematic Literature Review. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 132(2), 118–130. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973>
- Del Forno, S., Cocchi, L., Arena, A., Pellizzone, V., Lenzi, J., Raffone, A., Borghese, G., Paradisi, R., Youssef, A., Casadio, P., Raimondo, D., & Seracchioli, R. (2023). Effects of Pelvic Floor Muscle Physiotherapy on Urinary, Bowel, and Sexual Functions in Women with Deep Infiltrating Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 60(1), 67. <https://doi.org/10.3390/medicina60010067>
- Dipankar, S. P., Kushram, B., Unnikrishnan, P., Gowda, J. R., Shrivastava, R., Daitkar, A. R., & Jaiswal, V. (2025). Psychological Distress and Quality of Life in Women With Endometriosis: A Narrative Review of Therapeutic Approaches and Challenges. *Cureus*, 17(3), e80180. <https://doi.org/10.7759/cureus.80180>
- Elizur, S. E., Mostafa, J., Berkowitz, E., & Orvieto, R. (2025). Endometriosis and infertility: pathophysiology, treatment strategies, and reproductive outcomes. *Archives of gynecology and obstetrics*, 312(4), 1037–1048. <https://doi.org/10.1007/s00404-025-08124-1>
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>
- Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw: Advies 2016/01 van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen* (p. 2). Directoraat-generaal Gezondheidszorg Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening. https://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/vroedvrouwen/FOD/FOD%202016_01_cfsf_frsv_bijlage_beroepsprofiel-1.pdf

- Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2024). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social-ecological framework. *Health care for women international*, 46(3), 335–351. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>
- Hodgson, R. M., Lee, H. L., Wang, R., Mol, B. W., & Johnson, N. (2020). Interventions for endometriosis-related infertility: a systematic review and network meta-analysis. *Fertility and sterility*, 113(2), 374-382. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.031>
- International Confederation of Midwives. (2024). *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice* (report).
- Jaeger, M., Niederkrotenthaler, T., Till, B., & Werneck, H. (2024). Associations between health-related quality of life, infertility-related psychological well-being, and relationship quality in individuals with endometriosis: A cross-sectional study. *BMC women's health*, 24(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03510-4>
- Kalfas, M., Chisari, C., & Windgassen, S. (2022). Psychosocial factors associated with pain and health-related quality of life in Endometriosis: A systematic review. *European journal of pain (London, England)*, 26(9), 1827–1848. <https://doi.org/10.1002/ejp.2006>
- Li, W., Feng, H., & Ye, Q. (2025). Factors contributing to the delayed diagnosis of endometriosis—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1576490>
- Manu, A., Poenaru, E., Duica, F., Bausic, A. I. G., Coroleuca, B. C., Coroleuca, C. A., Iacob, C., Rosca, I., & Bratila, E. (2025). Quality of Life Assessment and Clinical Implications for Women with Endometriosis Through Validated Tools: A Narrative Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 61(10), 1729. <https://doi.org/10.3390/medicina61101729>
- Mappa, I., Page, Z. P., Di Mascio, D., Patelli, C., D'Antonio, F., Giancotti, A., Gebbia, F., Mariani, G., Cozzolino, M., Muzii, L., & Rizzo, G. (2024). The Effect of Endometriosis on In Vitro Fertilization Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(23), 2435. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232435>
- Mariadas, H., Chen, J. H., & Chen, K. H. (2025). The Molecular and Cellular Mechanisms of Endometriosis: From Basic Pathophysiology to Clinical Implications. *International journal of molecular sciences*, 26(6), 2458. <https://doi.org/10.3390/ijms26062458>

- Mazur-Bialy, A., Tim, S., Pępek, A., Skotniczna, K., & Naprawa, G. (2024). Holistic Approaches in Endometriosis - as an Effective Method of Supporting Traditional Treatment: A Systematic Search and Narrative Review. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 31(11), 3257–3274. <https://doi.org/10.1007/s43032-024-01660-2>
- Mikhaleva, L. M., Radzinsky, V. E., Orazov, M. R., Khovanskaya, T. N., Sorokina, A. V., Mikhalev, S. A., Volkova, S. V., Shustova, V. B., & Sinelnikov, M. Y. (2021). Current Knowledge on Endometriosis Etiology: A Systematic Review of Literature. *International journal of women's health*, 13, 525–537. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S306135>
- Moss, K. M., Doust, J., Homer, H., Rowlands, I. J., Hockey, R., & Mishra, G. D. (2021). Delayed diagnosis of endometriosis disadvantages women in ART: a retrospective population linked data study. *Human Reproduction*, 36(12), 3074–3082. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab216>
- Muñoz-Gómez, E., Alcaraz-Martínez, A. M., Mollà-Casanova, S., Sempere-Rubio, N., Aguilar-Rodríguez, M., Serra-Añó, P., & Inglés, M. (2023). Effectiveness of a Manual Therapy Protocol in Women with Pelvic Pain Due to Endometriosis: A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical medicine*, 12(9), 3310. <https://doi.org/10.3390/jcm12093310>
- Nisenblat, V., Prentice, L., Bossuyt, P. M., Farquhar, C., Hull, M. L., & Johnson, N. (2016). Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD012281. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012281>
- Puchar, A., Panel, P., Oppenheimer, A., Du Cheyron, J., Fritel, X., & Fauconnier, A. (2021). The ENDOPAIN 4D Questionnaire: A New Validated Tool for Assessing Pain in Endometriosis. *Journal of clinical medicine*, 10(15), 3216. <https://doi.org/10.3390/jcm10153216>
- Rosenbloom, B. N., Di Renna, T., Nella, A., Leonardi, M., Tiong, M., Lee, S., & Bosma, R. (2025). Screening for endometriosis: A scoping review of screening measures that could support early diagnosis. *BMC women's health*, 25(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03866-1>
- Ruffini, N., D'Alessandro, G., Pimpinella, A., Galli, M., Galeotti, T., Cerritelli, F., & Tramontano, M. (2022). The Role of Osteopathic Care in Gynaecology and Obstetrics: An Updated Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(8), 1566. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081566>

- Sachedina, A., & Todd, N. (2020). Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 12(Suppl 1), 7–17. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217>
- Sarria-Santamera, A., Orazumbekova, B., Terzic, M., Issanov, A., Chaowen, C., & Asúnsolo-del-Barco, A. (2021). Systematic Review and Meta-Analysis of Incidence and Prevalence of Endometriosis. *Healthcare*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010029>
- Sensoa. (2024). Leerlijn Relationele en Seksuele Vorming Secundair onderwijs. Sensoa. Educational Material. Geraadpleegd van https://www.sensoa.be/sites/default/files/leerlijn-seksuele-vorming-secundair-onderwijs-sensoa_sept2024.pdf
- Shafir, A. L., Farland, L. V., Shah, D. K., Harris, H. R., Kvaskoff, M., Zondervan, K., & Missmer, S. A. (2018). Risk for and consequences of endometriosis: a critical epidemiologic review. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 51, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001>
- Signorile, P. G., Baldi, A., Viceconte, R., Ronchi, A., & Montella, M. (2023). Pathogenesis of Endometriosis: Focus on Adenogenesis-related Factors. *In vivo (Athens, Greece)*, 37(5), 1922–1930. <https://doi.org/10.21873/invivo.13288>
- Sillem, M., Juhasz-Böss, I., Klausmeier, I., Mechsner, S., Siedentopf, F., & Solomayer, E. (2016). Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain - a Pilot Study. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(9), 960–963. <https://doi.org/10.1055/s-0042-111010>
- Simpson, C. N., Lomiguen, C. M., & Chin, J. (2021). Combating Diagnostic Delay of Endometriosis in Adolescents via Educational Awareness: A Systematic Review. *Cureus*, 13(5), e15143. <https://doi.org/10.7759/cureus.15143>
- Sims, O. T., Gupta, J., Missmer, S. A., & Aninye, I. O. (2021). Stigma and Endometriosis: A Brief Overview and Recommendations to Improve Psychosocial Well-Being and Diagnostic Delay. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8210. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158210>
- Soliman, A. M., Surrey, E., Bonafede, M., Nelson, J. K., & Castelli-Haley, J. (2018). Real-World Evaluation of Direct and Indirect Economic Burden Among Endometriosis Patients in the United States. *Advances in therapy*, 35(3), 408–423. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0667-3>

- Surrey, E., Soliman, A. M., Trenz, H., Blauer-Peterson, C., & Sluis, A. (2020). Impact of Endometriosis Diagnostic Delays on Healthcare Resource Utilization and Costs. *Advances in therapy*, 37(3), 1087–1099. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01215-x>
- Tomassetti, C., Bafort, C., Vanhie, A., Meuleman, C., Fieuws, S., Welkenhuysen, M., Timmerman, D., Van Schoubroeck, D., & D'Hooghe, T. (2021). Estimation of the Endometriosis Fertility Index prior to operative laparoscopy. *Human reproduction (Oxford, England)*, 36(3), 636–646. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa346>
- Tuominen, A., Saavalsainen, L., Niinimäki, M., Gissler, M., But, A., Härkki, P., & Heikinheimo, O. (2023). First live birth before surgical verification of endometriosis-a nationwide register study of 18 324 women. *Human reproduction (Oxford, England)*, 38(8), 1520–1528. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead120>

Disclaimer: Ik maakte gebruik van ChatGPT als hulpmiddel bij het schrijven. De volgende prompts heb ik gebruikt doorheen het corpus: ‘

- Kan je mij recente (na 2016) wetenschappelijke artikels geven die ik kan gebruiken bij mijn bachelorproef vroedkunde over diagnostische vertraging bij endometriose voor dit hoofdstuk (titel hoofdstuk)?
- Kan je aangeven welke stukken tekst uit de volgende bronnen (die ik meestuurde) ik kan gebruiken bij mijn bachelorproef vroedkunde over diagnostische vertraging bij endometriose voor dit hoofdstuk (titel hoofdstuk) en dit parafraseren? Ik wil daarbij wel dat je mij de citaten geeft, zodat ik kan herleiden welke stukken uit mijn gegeven bronnen je gebruikt.
- Kan je deze tekst (die ik meestuurde) controleren op spelling en zinsbouw?

Bijlagen

Bijlage A: De spelregels

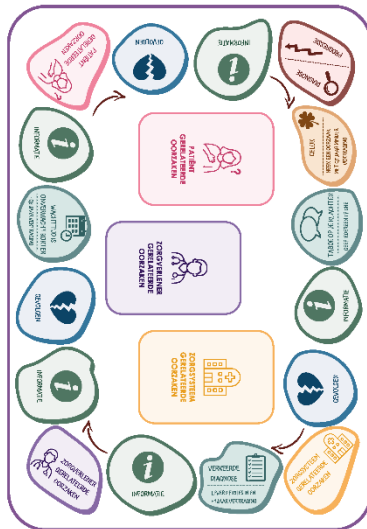
Bijlage B: Het spelbord

Bijlage C: Spelkaarten

Bijlage D: Kennistest

Bijlage E: Foto's van het spel

Bijlage A: De spelregels



Het endometriose diagnose spel

Inhoud:

Speelbord, 4 pionnen, dobbelsteen, 3x 10 oorzaakkaartjes, 20 informatie-kaartjes, 20 gevolgkaartjes, 120 fiches, 4 vertragingstijdlijnen en 4 klemmetjes om de vertraging aan te geven.

Doel:

Je hebt verschillende klachten en wil zo snel mogelijk een diagnose. Zelf heb je geen kennis en je gaat op zoek naar informatie. Om meer te weten te komen over endometriose moet je informatie verzamelen, hiervoor leg je fiches. Uiteindelijk moet je 20 fiches hebben. Tijdens je zoektocht naar de juiste diagnose heb je helaas te maken met verschillende factoren die voor vertraging zorgen. Van iedere factor moet je tenminste 2 kaartjes nemen, om kennis te maken met de verschillende oorzaken. Het is belangrijk om goed te letten op hoeveel vertraging een factor veroorzaakt. Hoe meer vertraging namelijk, hoe meer gevolgen dit heeft.

Je wint als:

- Je 20 fiches hebt verzameld
- Van elke oorzaak 2 kaarten hebt genomen
- En als eerste op het diagnosevakje komt

Voorbereiding:

- Iedere speler kiest een plan en vertragingstijdlijn met een klemmetje in dezelfde kleur
- Iedere speler krijgt 3 fiches om mee te starten
- Sorteert de 'oorzaken' kaartjes per oorzaak. Schud elk stapeltje en leg ze op het juiste vakje op het spelbord. De bovenste kaart leg je open naar de overige kaarten met de tekst naar beneden.
- Schud de informatiekaartjes en leg de stapel naast het spelbord. Leg ook hiervan de bovenste kaart open naar.

- Doe hetzelfde met de gevolgkaartjes, maar laat deze allemaal met de tekst naar beneden liggen.
- De jongste speler mag beginnen, daarna is de speler links aan de beurt. De speler die mag beginnen zet zijn plan op een informatievakje naar keuze. De andere spelers kiezen ieder een ander informatievakje om op te starten.

Spelverloop:

Als je aan de beurt bent, dan gooi je met de dobbelsteen. Dan verzet je met je pion het aantal passen wat de dobbelsteen aangeeft. Je volgt meteen de aanwijzingen van het vakje op. Hieronder staan de betekenis van de verschillende vakjes aangegeven.

Betekenis van de vakjes:

Oorzaken: factoren van diagnostische vertraging. Ervaar de oorzaken van vertraagde diagnoses. Neem van alle 3 de factoren een oorzaakkaartje. Probeer dit zo voordelig mogelijk te doen om zo min mogelijk vertraging op te lopen. Als je op het vakje komt neem je het bovenste kaartje en voeg je de vertraging toe aan de tijdlijn. Indien je al een kaartje uit het vakje hebt of de vertraging niet wil, dan leg je het kaartje onder op de stapel en draai je het bovenste kaartje om voor de volgende speler.



Geluk: je hebt een meevaller. Kies een van de 3 openliggende oorzaakkaartjes en neem deze met een half jaar minder vertraging dan aangegeven op de kaartjes.



Informatie: lees het informatiekaartje voor. Je krijgt onmiddellijk het aantal fiches die erop staan. Leg het kaartje daarna onderop de stapel.



Gevolgen: Ervaar de gevolgen van vertraging bij de diagnose van endometriose. De vertraagde diagnose heeft verschillende gevolgen. Neem een kaartje en doe wat aangegeven staat. Sommige kaartjes hebben invloed op de fiches, anderen op de vertraging. Maar ze kunnen ook invloed hebben op het spel.

Onverwachte gebeurtenissen:

- Taboe op klachten: gooi iedereen 1 fiche
- Wachtlijst is onverwacht korter: - 0,5 jaar vertraging
- Verkeerde diagnose: lever 2 fiches in en +1 jaar vertraging

Progressie: hoe meer vertraging, hoe meer gevolgen dit heeft op de aandoening. Als een speler op dit vakje komt, dan geldt dit voor iedereen.

- 0-3 jaar geen gevolg
- 3-6 jaar lever 1 fiche in
- 6-9 jaar trek 1 gevolgkaart en lever 1 fiche in
- 10-12 jaar trek 1 gevolgkaart en lever 2 fiches in

Diagnose: als je 20 fiches hebt verzameld en je hebt van de verschillende oorzaken elk 2 oorzaken van vertraging hebt ervaren dan heb je gewonnen als je op dit vakje komt. Indien je nog niet aan de voorwaarden voldoet, dan geldt dit vakje als progressie.





Spelregels

Het endometriose diagnose spel

Inhoud:

Spelbord, 4 pionnen, dobbelsteen, 3x 10 oorzaakkaartjes, 20 informatie-kaartjes, 20 gevolgenkaartjes, 120 fiches, 4 vertragingstijldijnen en 4 klemmetjes om de vertraging aan te geven.

Doel:

Je hebt verschillende klachten en wil zo snel mogelijk een diagnose. Zelf heb je geen kennis en je gaat op zoek naar informatie. Om meer te weten te komen over endometriose moet je informatie verzamelen, hiervoor krijg je fiches. Uiteindelijk moet je 20 fiches hebben. Tijdens je zoektocht naar de juiste diagnose heb je helaas te maken met verschillende factoren die voor vertraging zorgen. Van iedere factor moet je tenminste 2 kaartjes nemen, om kennis te maken met de verschillende oorzaken. Het is belangrijk om goed te letten op hoeveel vertraging een factor veroorzaakt. Hoe meer vertraging namelijk, hoe meer gevolgen dit heeft.

Je wint als:

- Je 20 fiches hebt verzameld
- Van elke oorzaak 2 kaarten hebt genomen
- En als eerste op het diagnosevakje komt

Vorbereiding:

- Iedere speler kiest een pion en vertragingstijldijn met een klemmetje in dezelfde kleur
- Iedere speler krijgt 3 fiches om mee te starten
- Sorteert de 'oorzaken' kaartjes per oorzaak. Schud elk stapeltje en leg ze op het juiste vakje op het spelbord. De bovenste kaart leg je open neer, de overige kaarten met de tekst naar beneden.
- Schud de informatiekaartjes en leg de stapel naast het spelbord. Leg ook hiervan de bovenste kaart open neer.

- Doe hetzelfde met de gevolgenkaartjes, maar laat deze allemaal met de tekst naar beneden liggen.
- De jongste speler mag beginnen, daarna is de speler links aan de beurt. De speler die mag beginnen zet zijn pion op een informatievakje naar keuze. De andere spelers kiezen ieder een ander informatievakje om op te starten.

Spelverloop:

Als je aan de beurt bent, dan gooi je met de dobbelsteen. Dan verzet je met je pion het aantal passen wat de dobbelsteen aangeeft. Je volgt meteen de aanwijzingen van het vakje op. Hieronder staan de betekenissen van de verschillende vakjes aangegeven.

Betekenis van de vakjes:

Oorzaken: factoren van diagnostische vertraging. Ervaar de oorzaken van vertraagde diagnoses. Neem van alle 3 de factoren een oorzaakkaartje. Probeer dit zo voordelig mogelijk te doen om zo min mogelijk vertraging op te lopen. Als je op het vakje komt neem je het bovenste kaartje en voeg je de vertraging toe aan de tijdlijn. Indien je al een kaartje uit het vakje hebt of de vertraging niet wil, dan leg je het kaartje onder op de stapel en draai je het bovenste kaartje om voor de volgende speler.



Geluk: je hebt een meevaller. Kies een van de 3 openliggende oorzakenkaartjes en neem deze met een half jaar minder vertraging dan aangegeven op de kaartjes.



Informatie: lees het informatiekaartje voor. Je krijgt onmiddellijk het aantal fiches die erop staan. Leg het kaartje daarna onderop de stapel



Gevolgen: Ervaar de gevolgen van vertraging bij de diagnose van endometriose. De vertraagde diagnose heeft verschillende gevolgen. Neem een kaartje en doe wat aangegeven staat. Sommige kaartjes hebben invloed op de fiches, anderen op de vertraging. Maar ze kunnen ook invloed hebben op het spel.



Onverwachte gebeurtenissen:

- Taboe op klachten: geef iedereen 1 fiche
- Wachtijd is onverwacht korter: -0,5 jaar vertraging
- Verkeerde diagnose: lever 2 fiches in en +1 jaar vertraging

Progressie: hoe meer vertraging, hoe meer gevolgen dit heeft op de aandoening. Als een speler op dit vakje komt, dan geldt dit voor iedereen.

0-3 jaar geen gevolg

3-6 jaar lever 1 fiche in

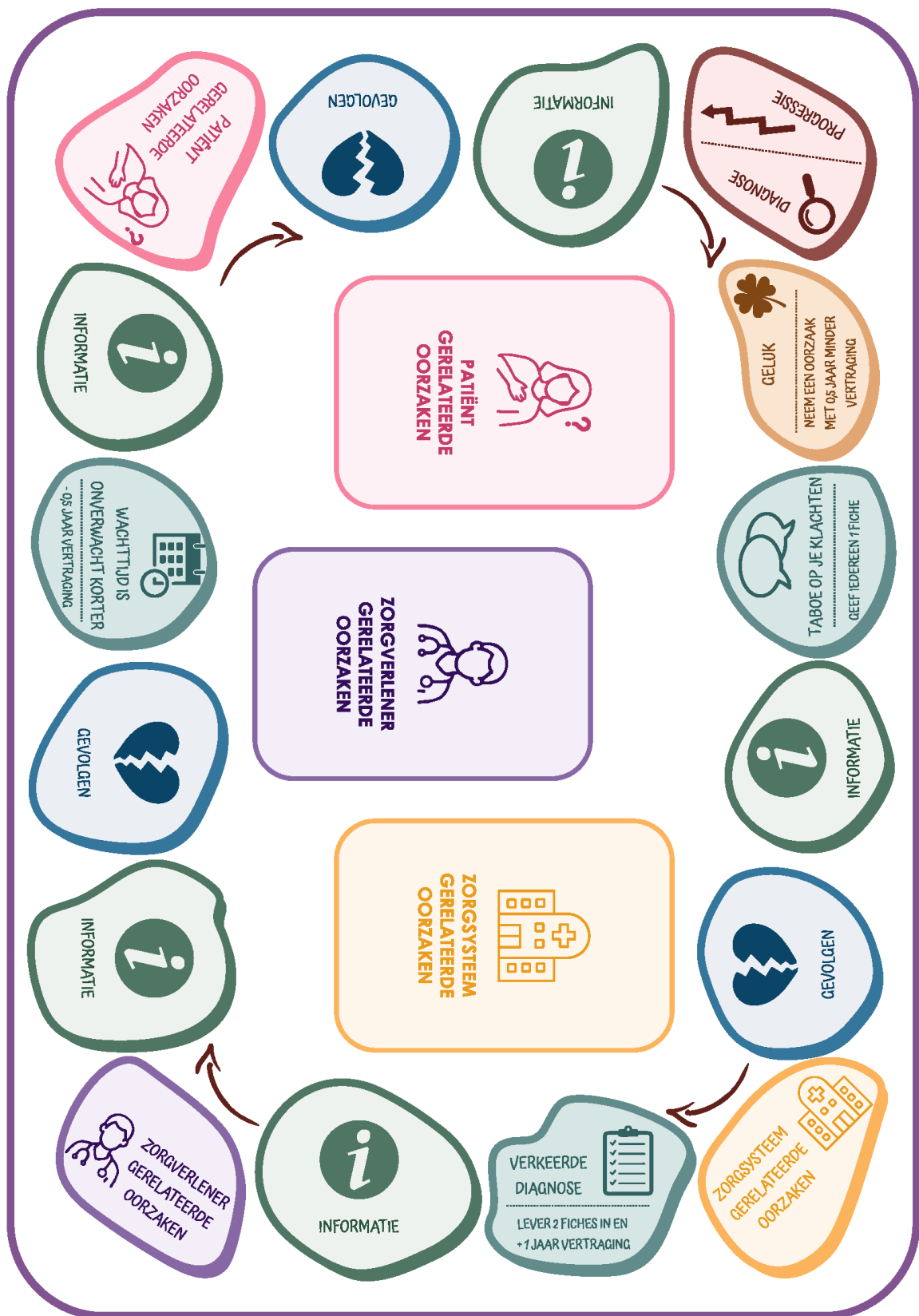
6-9 jaar trek 1 gevolgkaart en lever 1 fiche in

10-12 jaar trek 1 gevolgkaart en lever 2 fiches in



Diagnose: als je 20 fiches hebt verzameld en je hebt van de verschillende oorzaken elk 2 oorzaken van vertraging hebt ervaren dan heb je gewonnen als je op dit vakje komt. Indien je nog niet aan de voorwaarden voldoet, dan geldt dit vakje als progressie.





Bijlage B: Het spelbord



Bijlage C: Spelkaarten



**PATIËNT
GERELATEERDE
OORZAKEN**



Je gebruikt alleen
pijnstillers en een
warmtekussen. De
klachten lijken
tijdelijk draaglijk.

**VERTRAGING
+ 1,5 JAAR**



Je denkt dat hevige
menstruatiepijn
normaal is. Je
wacht langer om
hulp te zoeken.

**VERTRAGING
+ 2 JAAR**



Je schaamt je om
over
menstruatieklachten
te praten. Je stelt
een doktersbezoek
uit.

**VERTRAGING
+ 1,5 JAAR**



Op school kreeg je weinig uitleg over endometriose. Je herkent de symptomen niet.

**VERTRAGING
+ 2 JAAR**



Je omgeving zegt dat menstruatiepijn erbij hoort. Je twijfelt aan je klachten.

**VERTRAGING
+ 1 JAAR**



Je zoekt eerst jarenlang zelf oplossingen. Je vermijdt sociale activiteiten tijdens je menstruatie.

**VERTRAGING
+ 2 JAAR**



Je denkt dat stress de oorzaak van je klachten is. Je zoekt geen medische hulp.

**VERTRAGING
+ 1 JAAR**



Door financiële
zorgen stel je een
consultatie uit.

VERTRAGING
+ 0,5 JAAR



Je symptomen zijn
wisselend aanwezig.
Daardoor lijken ze
minder ernstig.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Je vergelijkt je
klachten niet met
anderen. Je beseft
niet dat de pijn
abnormaal is.

VERTRAGING
+ 0,5 JAAR



ZORGSTEEEM
GERELATEERDE
OORZAKEN



Er is een lange
wachttijd voor de
gynaecoloog.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Je moet maanden
wachten op
medische
beeldvorming
(echo of MRI).

VERTRAGING
+ 0,5 JAAR



Er is geen
gespecialiseerd
centrum in de buurt.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



De gezondheidszorg
werkt onvoldoende
multidisciplinair (met
verschillende
zorgverleners)
samen.

VERTRAGING
+ 1,5 JAAR



Er bestaan nog
geen eenvoudige
diagnostische
testen voor
endometriose.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Door lange
wachttijden wordt
je behandeling
uitgesteld.

VERTRAGING
+ 1,5 JAAR



Je moet meerdere
artsen raadplegen
voor verder
onderzoek.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Specialistische zorg
is moeilijk
toegankelijk.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Je wordt
doorgestuurd tussen
verschillende
diensten.

VERTRAGING
+ 0,5 JAAR



Er is onvoldoende
aandacht voor
menstruatie-
gezondheid binnen
de gezondheidszorg.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



**ZORGVERLENER
GERELATEERDE
OORZAKEN**



De arts zegt dat
menstruatiepijn
normaal is. Er
gebeurt geen
verder onderzoek.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Je krijgt eerst de diagnose prikkelbaredarm-syndroom. De juiste diagnose blijft uit.

VERTRAGING
+ 2 JAAR



Je klachten worden toegeschreven aan stress of angst.

VERTRAGING
+ 1,5 JAAR



De zorgverlener heeft weinig kennis over endometriose.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Een echo toont geen afwijkingen. Endometriose wordt foutief uitgesloten.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Je wordt niet
doorverwezen naar
een specialist.

VERTRAGING
+ 2 JAAR



Je krijgt
verschillende
behandelingen
zonder effect. De
zoektocht blijft
doorgaan.

VERTRAGING
+ 1,5 JAAR



Je symptomen
worden onderschat
omdat je jong bent.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



Een laparoscopie
(kijkoperatie in de
buik) wordt lang
uitgesteld.

VERTRAGING
+ 2 JAAR



Je krijgt een verkeerde diagnose van een darm- of blaasprobleem.

**VERTRAGING
+ 1,5 JAAR**



GEVOLGEN



GEVOLGEN

Je pijnklachten verergeren.

LEVER 1 FICHE IN



GEVOLGEN

Je voelt je uitgeput door chronische vermoeidheid.

SLA 1 BEURT OVER



GEVOLGEN

Je ervaart stress en
onzekerheid door
de lange zoektocht
naar een diagnose.

LEVER **1** FICHE IN



GEVOLGEN

Je mist school of
werk door hevige
pijn.

LEVER **2** FICHES IN



GEVOLGEN

Je krijgt eindelijk
erkenning voor je
klachten.

VERTRAGING
- 0,5 JAAR



GEVOLGEN

Je fertiliteitstraject
(vruchtbaarheids-
behandeling) start
later door de
vertraagde
diagnose.

VERTRAGING
+ 1 JAAR



GEVOLGEN

Je omgeving
begrijpt je klachten
niet.

LEVER **1** FICHE IN



GEVOLGEN

Een
gespecialiseerde
arts herkent je
symptomen snel.

VERTRAGING
- 1 JAAR



GEVOLGEN

Chronische pijn
beïnvloedt je
mentale
gezondheid.

LEVER **2** FICHES IN



GEVOLGEN

Je krijgt goede
psychosociale
ondersteuning.

JE KRIJGT **1** FICHE



GEVOLGEN

Door de lange
wachtijd
verergeren je
symptomen.

VERTRAGING
+ 0,5 JAAR



GEVOLGEN

Je leert meer over
endometriose via
lotgenoten.

JE KRIJGT **1** FICHE



GEVOLGEN

Je hebt moeite om
dagelijkse
activiteiten uit te
voeren.

SLA **1** BEURT OVER



GEVOLGEN

Je wordt
doorverwezen naar
een
fertiliteitscentrum
(centrum voor
vruchtbaarheids-
behandeling).

VERTRAGING
- 0,5 JAAR



GEVOLGEN

Je voelt opluchting
na het krijgen van
een diagnose.

JE KRIJGT 1 FICHE



GEVOLGEN

Je relatie staat
onder druk.

**VERTRAGING
+ 0,5 JAAR**



GEVOLGEN

Je zegt sociale
activiteiten af door
pijn.

SLA 1 BEURT OVER



GEVOLGEN

Ziekteverzuim zorgt
voor stress.

LEVER 1 FICHE IN



GEVOLGEN

Veel medische
afspraken kosten
geld

LEVER **1** FICHE IN



GEVOLGEN

Een multidisciplinair
team (team dat
bestaat uit
verschillende
zorgverleners) helpt
je verder

VERTRAGING
- 1 JAAR



INFORMATIE



INFORMATIE

1 op de 10 vrouwen
heeft endometriose.

JE KRIJGT **3** FICHES



INFORMATIE

Hevige
menstruatiepijn is
niet altijd normaal.

JE KRIJGT **3** FICHES



INFORMATIE

Endometriose kan
invloed hebben op
de vruchtbaarheid.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Chronische
bekkenpijn kan een
teken van
endometriose zijn.

JE KRIJGT **3** FICHES



INFORMATIE

Een diagnose duurt
gemiddeld 5 tot 12
jaar.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Pijn bij stoelgang of plassen tijdens de menstruatie kan voorkomen bij endometriose.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Endometriose kan ook vermoeidheid veroorzaken.

JE KRIJGT **1** FICHE



INFORMATIE

Een vroedvrouw kan helpen bij vroegtijdige herkenning van symptomen.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Endometriose kan voorkomen bij jongeren.

JE KRIJGT **4** FICHES



INFORMATIE

Pijn tijdens seks kan een symptoom van endometriose zijn.

JE KRIJGT **4** FICHES



INFORMATIE

Een echo of MRI kan endometriose aantonen, maar sluit het niet uit.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Endometriose kan behandeld worden met medicatie, chirurgie of vruchtbaarheidsbehandelingen.

JE KRIJGT **3** FICHES



INFORMATIE

Open praten over menstratieklachten kan bijdragen aan een snellere diagnose.

JE KRIJGT **3** FICHES



INFORMATIE

Ernstige
menstruatiepijn
waardoor je school
of werk mist is niet
normaal.

JE KRIJGT **4** FICHES



INFORMATIE

Endometriose heeft
invloed op de
levenskwaliteit en
mentale
gezondheid.

JE KRIJGT **1** FICHE



INFORMATIE

Endometriose
betekent dat
weefsel dat lijkt op
baarmoederslijmvlies
buiten de
baarmoeder groeit.

JE KRIJGT **4** FICHES



INFORMATIE

De exacte oorzaak
van endometriose is
nog onbekend.

JE KRIJGT **1** FICHE



INFORMATIE

Goede begeleiding
en psychosociale
steun zijn belangrijk.

JE KRIJGT **2** FICHES



INFORMATIE

Endometriose heeft
invloed op
lichamelijke én
mentale
gezondheid.

JE KRIJGT **3** FICHES



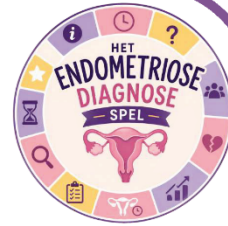
INFORMATIE

Endometriose kan
leiden tot
chronische
bekkenpijn.

JE KRIJGT **1** FICHE

Bijlage D: Kennistest

Kennistest Endometriose

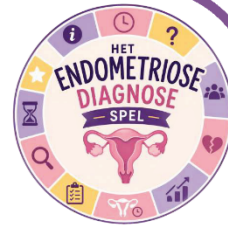


Ik heb WEL / GEEN toestemming van mijn ouders om mee te doen (omcirkel het antwoord)

Naam: _____

Omcirkel het juiste antwoord.

1. Wat is endometriose?
 - A. Een infectie van de baarmoeder
 - B. Weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies groeit buiten de baarmoeder
 - C. Een hormonale stoornis zonder pijnklachten
 - D. Een soa
2. Hoeveel vrouwen hebben ongeveer endometriose?
 - A. 1 op 100
 - B. 1 op 50
 - C. 1 op 10
 - D. 1 op 2
3. Welke klacht komt vaak voor bij endometriose?
 - A. Hoofdpijn
 - B. Hevige menstruatiepijn
 - C. Hoge bloeddruk
 - D. Hevige jeukklachten
4. Wat is waar over de diagnose van endometriose?
 - A. Endometriose is altijd zichtbaar op een echo
 - B. De diagnose wordt gesteld via bloedtest
 - C. Een normale scan sluit endometriose niet uit
 - D. Endometriose wordt meestal snel herkend
5. Hoe lang duurt het gemiddeld voor endometriose wordt vastgesteld?
 - A. Minder dan 1 jaar
 - B. 2 tot 3 jaar
 - C. 5 tot 12 jaar
 - D. Meer dan 20 jaar



6. Waarom kan de diagnose vertraagd worden?
- A. Omdat menstruatiepijn vaak genormaliseerd wordt
 - B. Omdat iedereen de symptomen meteen herkent
 - C. Omdat endometriose altijd zichtbaar is op scans
 - D. Omdat alleen gynaecologen symptomen kunnen herkennen
7. Wat kan een gevolg zijn van langdurige diagnosevertraging?
- A. Minder stress
 - B. Chronische pijn en vermoeidheid
 - C. Huiduitslag
 - D. Meer oorontstekingen
8. Welke uitspraak over endometriose klopt?
- A. Alleen vrouwen met een kinderwens kunnen endometriose krijgen
 - B. Ernstige menstruatiepijn hoort erbij en moet je negeren
 - C. Hevige pijn die school of dagelijkse activiteiten belemmert is niet normaal
 - D. Iedereen met endometriose heeft dezelfde klachten
9. Wat kan helpen om de gevolgen van endometriose te beperken?
- A. Klachten negeren
 - B. Vroege herkenning en begeleiding
 - C. Alleen pijnstillers nemen
 - D. Enkel rust nemen

Dit deel hoef je alleen na het spelen van het spel in te vullen:

Ik heb iets bijgeleerd over endometriose door dit spel

◦ helemaal oneens ◦ oneens ◦ neutraal ◦ eens ◦ helemaal eens

Het spel hielp mij begrijpen waarom diagnosevertraging ontstaat

◦ helemaal oneens ◦ oneens ◦ neutraal ◦ eens ◦ helemaal eens

Kennistest Endometriose (antwoorden)



Ik heb WEL / GEEN toestemming van mijn ouders om mee te doen (omcirkel het antwoord)

Naam: _____

Omcirkel het juiste antwoord.

1. Wat is endometriose?

- A. Een infectie van de baarmoeder
- B. Weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies groeit buiten de baarmoeder**
- C. Een hormonale stoornis zonder pijnklachten
- D. Een soa

2. Hoeveel vrouwen hebben ongeveer endometriose?

- A. 1 op 100
- B. 1 op 50
- C. 1 op 10**
- D. 1 op 2

3. Welke klacht komt vaak voor bij endometriose?

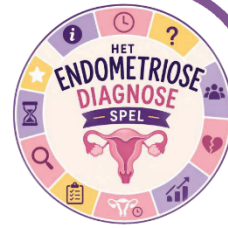
- A. Hoofdpijn
- B. Hevige menstruatiepijn**
- C. Hoge bloeddruk
- D. Hevige jeukklachten

4. Wat is waar over de diagnose van endometriose?

- A. Endometriose is altijd zichtbaar op een echo
- B. De diagnose wordt gesteld via bloedtest
- C. Een normale scan sluit endometriose niet uit**
- D. Endometriose wordt meestal snel herkend

5. Hoe lang duurt het gemiddeld voor endometriose wordt vastgesteld?

- A. Minder dan 1 jaar
- B. 2 tot 3 jaar
- C. 5 tot 12 jaar**
- D. Meer dan 20 jaar



6. Waarom kan de diagnose vertraagd worden?
- A. Omdat menstruatiepijn vaak genormaliseerd wordt**
 - B. Omdat iedereen de symptomen meteen herkent
 - C. Omdat endometriose altijd zichtbaar is op scans
 - D. Omdat alleen gynaecologen symptomen kunnen herkennen
7. Wat kan een gevolg zijn van langdurige diagnosevertraging?
- A. Minder stress
 - B. Chronische pijn en vermoeidheid**
 - C. Huiduitslag
 - D. Meer oorontstekingen
8. Welke uitspraak over endometriose klopt?
- A. Alleen vrouwen met een kinderwens kunnen endometriose krijgen
 - B. Ernstige menstruatiepijn hoort erbij en moet je negeren
 - C. Hevige pijn die school of dagelijkse activiteiten belemmert is niet normaal**
 - D. Iedereen met endometriose heeft dezelfde klachten
9. Wat kan helpen om de gevolgen van endometriose te beperken?
- A. Klachten negeren
 - B. Vroege herkenning en begeleiding**
 - C. Alleen pijnstillers nemen
 - D. Enkel rust nemen

Dit deel hoef je alleen na het spelen van het spel in te vullen:

Ik heb iets bijgeleerd over endometriose door dit spel

◦ helemaal oneens ◦ oneens ◦ neutraal ◦ eens ◦ helemaal eens

Het spel hielp mij begrijpen waarom diagnosevertraging ontstaat

◦ helemaal oneens ◦ oneens ◦ neutraal ◦ eens ◦ helemaal eens

Bijlage E: Foto's van het spel







0 jaar
0,5 jaar
1 jaar
1,5 jaar
2 jaar
2,5 jaar
3 jaar
3,5 jaar
4 jaar
4,5 jaar
5 jaar
5,5 jaar
6 jaar
6,5 jaar
7 jaar
7,5 jaar
8 jaar
8,5 jaar
9 jaar
9,5 jaar
10 jaar
10,5 jaar
11 jaar
11,5 jaar
12 jaar

VERTRAGINGS TIJD L I J N